

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX.

I

UN CAS TYPE DE BOURSE DE LUSCHKA

Par le Dr GELLÉ.

Grâce à ce magique multiplicateur, la presse, il est permis de voir en peu de temps une idée médicale se répandre, triompher, se vulgariser, provoquer l'engouement de toute une classe de savants, absorber à son profit toute une tradition pathogénique; et puis tomber rapidement sous l'action de la critique, ou finalement se classer à son point, suivant sa valeur réelle; c'est aussi l'histoire de la bourse de Luschka et de Meyer, de Bonn, et du rôle que lui a fait jouer Tornwaldt, de Dantzig, dès 1885 (maladie de Tornwaldt).

Il existe suivant Luschka, sur la paroi supéro-postérieure de l'arrière-cavité des fosses nasales, une forte dépression de la muqueuse, qu'on a désignée suivant son aspect sous le nom de bourse pharyngée (Mayer, Tortual, Luschka, During, Tornwaldt), de recessus médian (Ganghofner, Schwalbach), etc., suivant aussi l'importance qu'on lui donne et l'origine qu'on lui suppose.

Tornwaldt l'a décrit comme une cavité sacciforme, à goulot étroit, visible par la rhinoscopie, sur la paroi supéro-postérieure du pharynx nasal, et lui a aussitôt donné une grande importance, en faisant de ce récepteur le centre d'un processus pathologique bien défini.

D'après lui, sous l'influence des poussées inflammatoires de la pharyngite chronique, cette petite ampoule s'engorge, ses parois se gonflent et sa cavité se remplit, se dilate, fait saillie sur la paroi du pharynx; elle peut se transformer en cavité kystique.

Par suite de cette disposition anatomique, la pharyngite chronique prendrait alors une allure et des caractères spéciaux, sur lesquels l'auteur et, après lui, un grand nombre d'observateurs ont insisté en grands détails, et la maladie de Tornwaldt a été créée. Tout d'un coup la lésion pharyngée apparut d'une fréquence telle que le diverticulum méconnu, décrit à titre de curiosité anatomique, et pour être exact, par les premiers auteurs, prit une importance remarquable. La maladie de Tornwaldt et son traitement topique sont à l'ordre du jour désormais : les cas de guérison se multiplient ; et quelques médecins français Tissier (1) et Luc (2), ont exposé chez nous la question de la bourse pharyngée, et publié des cas de guérison de la maladie de Tornwaldt. Cependant nous sommes loin des 40 cas observés par le Dr Walb.

Jusqu'ici on remarque plus d'engouement que d'esprit critique dans la multiplicité des travaux publiés ; chacun veut avoir reconnu et soigné la maladie nouvelle dans toute clinique qui se respecte. Certes cette émulation est toute au profit de smalades, qu'on apprend à examiner mieux, et dont les cavités pharyngées sont de plus en plus explorées méthodiquement dans la recherche de lésions précises.

Mais cette abondance même des faits cliniques attira bientôt l'attention des anatomiste sur la structure de cette région de l'arrière-narine, et l'on se mit à l'étude de la structure, de la formation et de la fréquence d'une disposition anatomique, que la pathologie montrait si utile à connaître.

Le contrôle, il faut le dire, ne fût pas tout à l'avantage des premiers théoriciens de la bourse pharyngée.

Les arguments tirés du développement et de l'embryologie trouvèrent des contradicteurs sérieux, et ce point d'explication formative dut être abandonné. Le recessus médian n'est plus qu'une dépression que son ampleur signale, et toujours assez profonde, sauf rapport avec le développement osseux, simple diverticulum analogue à tous ceux qui criblent la muqueuse de l'adulte au niveau surtout des fossettes de Rosenmüller. Sa situation médiane la fait plus accessible

et plus susceptible d'être étudiée et d'attirer l'attention.

Peut-être eût-on été bien inspiré avant cette période d'engouement basé sur l'étude clinique et pharyngoscopique surtout, peut-être eût-il été prudent de rechercher dans l'étude de l'anatomie et de l'anatomie pathologique les éléments sérieux de jugement. Y a-t-il une bourse pharyngée normale, une cavité sacciforme normale susceptible de produire l'ensemble symptomatique de la maladie de Tornwaldt? Est-ce une disposition fréquente ou rare?

Dans un article très net et concluant, M. le Dr Raugé, de Nice, a porté un peu de lumière et de critique dans ces questions, en prenant comme point de départ solide l'étude anatomique de la région du cavum pharyngé. M. Raugé écrit que tout d'abord l'examen rhinoscopique méthodique, avec le grand miroir, le voile redressé par le releveur de Vololini, ne donne que rarement l'image si bien peinte par Tornwaldt; une apparence gaufrée, lacunaire, des parties variées de forme et d'étendue, disséminées sans ordre, des reliefs tels que le montrent si bien les fossettes de Rosenmüller, voilà tout ce qu'il a pu observer au rhinoscope. En somme, rien de constant ni dans la forme ni dans le siège des saillies et des dépressions; rien qui autorise à préciser l'existence sur la voûte du pharynx d'une poche médiane telle que les anatomistes allemands l'ont décrite.

Cependant le Dr Raugé ne nie pas l'espèce clinique, s'il en blâme la généralisation et la multiplication. Mais l'anatomie pathologique n'a pas montré la présence de cette disposition anatomique alors qu'elle avait pu être cliniquement admise au rhinoscope.

L'auteur, dont je cite l'excellent travail, s'est livré à l'inspection directe du pharynx des cadavres avant d'en faire la section plus complète, et il a pu noter par ce procédé judicieux une évidente absence de rapports entre les deux constatations. Il a observé qu'il a suffi le plus souvent d'essayer assez énergiquement la surface de la muqueuse pour en modifier totalement l'aspect, et faire d'une surface anfrueuse et inégale une muqueuse lisse et unie.

« En somme, dit le Dr Raugé, il ne doit plus être question

de bourse pharyngée dans aucune acception du terme, même en s'entendant pour admettre (Bloch, Schœffer) que ce mot *bourse*, détourné de son acception commune, désignera désormais le recessus évasé et superficiel de During et Ganghofner, ou la dépression terminale du sillon médian si lumineusement interprétée par Schwalbach. Cette concession de langage ne me paraît nullement due à l'autorité anatomique de Luschka, et l'organe qu'il a décrit ne répondant à rien de réel, j'estime qu'il n'y a pas lieu de conserver le mot plutôt que la chose. »

Et, en terminant, M. Raugé ajoute « que le recessus médian lui-même est loin de représenter une *constante* anatomique. Elle n'a donc pas droit comme telle à une description isolée ni à une pathologie distincte. » — Le jugement, on le voit, est sévère.

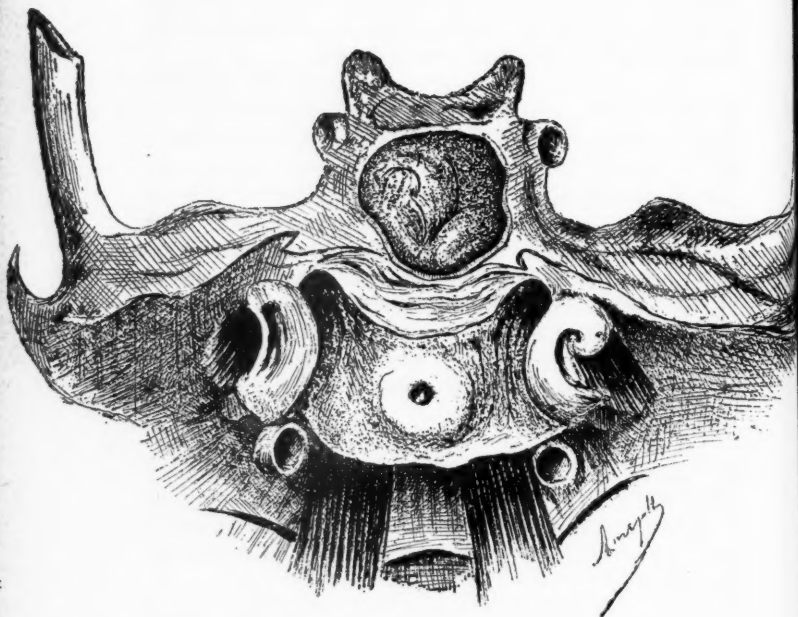
J'avoue que, me guidant sur mes dissections, j'avais peu de tendance à admettre l'existence de ce diverticulum en forme d'ampoule sous-muqueuse développée, bien constituée, bien limitée dans la région pharyngée; et, de fait, on ne peut admettre ni démontrer pièces en mains que cela soit une disposition normale, habituelle, ni même concéder qu'elle n'est pas rare après le travail de M. le Dr Raugé. Le plissement de la muqueuse, la hauteur des plis ou circonvolutions et la profondeur souvent curieuse du sillon ou creux médian sont des états anatomiques que l'on voit déjà très nets chez le fœtus; il existe à la naissance, mais il reste très variable dans ses formes, et toujours bien au-dessous de ce que l'on trouve d'ordinaire au niveau des fossettes rétro-tubaires chez l'adulte. — J'avais, pour ma part, admis depuis la lecture des travaux de Tornwaldt et autres, depuis l'étude enthousiaste de Tissier, que le recessus médian, quelquefois si profond, pouvait, sous l'influence d'actions pathologiques chroniques, se transformer en une cavité bien limitée, à goulot étroit, à orifice circulaire unique, comme Luschka, Tornwaldt l'ont décrite; c'était un produit pathologique. En effet, comme tant d'autres, je n'avais jamais rien rencontré de pareil dans mes recherches sur le cadavre, rien de comparable à la bourse volumineuse médiane de ces

auteurs, et de mes examens rhinoscopiques, je n'aurais jamais cru pouvoir conclure à la présence d'une semblable lésion comme point de départ des pharyngites sécrétantes. D'autre part, l'étude et la description si complète des kystes de la région ne pouvait manquer d'appuyer grandement l'idée émise par Tornwaldt auprès des esprits impartiaux. Par contre, il est de notion indiscutable que très fréquemment la muqueuse du cavum pharyngé, peut-être davantage sur les parties latérales et proches des trompes, offre des dépressions punctiformes dans lesquelles on engage facilement une pointe de crin ou d'aiguille mousse jusqu'à une profondeur qui étonne. Cela se voit clairement sur la muqueuse la plus saine, et le bouchon clair de mucus translucide que l'on fait sortir par pression est assez volumineux, bien qu'on ne trouve là aucune saillie. On a sous les yeux de petits recessus de la muqueuse pharyngée normale, et l'on conçoit qu'ils puissent se développer d'une façon extrême sous l'influence de l'inflammation catarrhale chronique. Ces petites dépressions cependant existent sur des points quelconques de la région du cavum; or, la bourse de Luschka est médiane toujours, et son siège est toujours le même; ce sont là des caractères spécifiques bien nets.

Comment concilier cette fixité de siège de la bourse avec son origine accidentelle et avec son évolution pathologique supposée? C'est ainsi que j'ai dû logiquement admettre que la dépression décrite par Luschka est normale, bien qu'exceptionnelle, et qu'elle n'est pas le résultat d'un processus pathologique.

C'est au moment où M. Raugé vient de déclarer que la maladie de Tornwaldt n'est pas admissible dans le cadre pathologique, pas plus que la bourse de Luschka dans la description anatomique du pharynx, que le hasard des dissections me fait rencontrer la pièce que j'ai l'honneur de présenter ici. Cette pièce, dont on voit ici le dessin à l'état frais, me semble démontrer l'existence de la bourse telle que Luschka l'a décrite; je la montre à titre de disposition anatomique curieuse pour servir à la solution d'un point d'anatomie discuté.

Description de la pièce (V. fig.) — Le but de l'autopsie était d'extraire les deux rochers, et autant que possible les trompes avec la partie du pharynx intermédiaire. En effet, la section réussie montre les deux oreilles en entier, des cellules mastoïdes aux trompes d'Eustache.



L'examen des cavités auriculaires n'offre ici aucun intérêt.

Au contraire, l'inspection de la paroi du pharynx qui sépare les deux trompes, sectionnées dans le tiers externe de la portion cartilagineuse, montre une saillie arrondie, médiane, percée d'un orifice central circulaire, par lequel on aperçoit une gelée claire de mucus demi-solide.

Les fossettes de Rosenmüller sont normales; la muqueuse

est rosée, fine et mince, et montre quelques plis et ride-absolument simples et normaux orientés vers les creux rétro-tubaires.

Tout autour de la saillie hémisphérique, médiane, la surface de la muqueuse pharyngée est lisse; à signaler deux ou trois trous punctiformes épars auprès des cartilages tubaires.

Le sujet est mort de rhumatisme cérébral, n'ayant offert aucun symptôme d'affection de la gorge.

Bourse pharyngée ou de Luschka. - La saillie de cette poche au-dessus de la paroi est sur la pièce très évidente, et on l'a vue persister après quelques jours; j'ai dessiné ici la pièce fraîche.

Si l'on place la préparation dans la situation qu'elle occupe sur le sujet, tandis qu'un écran en dissimule la vue à l'observateur, présentant le voile du palais, on peut avec l'éclairage et le miroir examiner les aspects que prend ainsi la tuméfaction arrondie si nette, vue sous des angles différents.

Pour réussir, il faut que le laryngoscope soit large et placé presque horizontal (10°) et assez bas; ce qu'on obtient en courbant fortement la tige.

Mais c'est, en général, alors très obliquement que la région se présente, et les parties saillantes, mieux éclairées dans l'image, donnent l'illusion de brides, de creux très différents de ce qu'on peut voir sur la pièce à nu.

Tout autre est l'aspect de la pièce au 4^e jour déjà. Le mucus qui remplissait la bourse et la faisait bomber en avant s'est peu à peu écoulé, et la bourse affaissée s'est détendue; aussi n'occupe-t-elle plus le même espace, et des plis et creux invisibles auparavant, ou peu indiqués autour d'elle sur la figure, à mesure que la pièce sèche, sont devenus très apparents et profonds. Tout s'est aplati, aminci; mais la cavité de la bourse reste relativement énorme.

Le 1^{er} jour un stylet enfoncé à travers l'orifice de la bourse perpendiculairement à la surface de l'os basilaire s'enfonçait presque d'un centimètre (mesure exacte 9 millimètres); sur la pièce, modifiée par l'issue du contenu de la

poche, les parois flasques peuvent être soulevées, en avant surtout, dans l'étendue d'un centimètre, ainsi que sur les côtés; en arrière, il y a moins de profondeur ($1/4$ cent.). L'orifice a 2 millimètres de diamètre. La paroi est d'une grande minceur, mais non transparente; l'aspect est celui de la muqueuse du voisinage. La saillie de la poche s'est affaissée tellement que l'épaisseur si remarquable du tissu qui sépare, sur la coupe fraîche, la bourse de l'os basilaire, a diminué des $8/10^{\text{mes}}$ au moins. On comprend combien de pareils changements de volume doivent modifier les aspects entre-vus au rhinoscope; et il est évident pour moi que la poche peut exister sans qu'aucun signe extérieur suffisant la dénonce, quand elle s'est vidée sous une influence quelconque.

On remarque aussi sur cette intéressante préparation que, autour de la grosse bourse centrale, il en existe de plus petites; l'une, située à gauche et en arrière d'elle, est déjà large de quelques millimètres; elle était invisible, de même que les gros ligaments latéraux antérieurs, sur la pièce fraîchement extraite.

La tumeur arrondie, médiane, épaississant le tissu muqueux et sous-muqueux sous-basilaire, avait abaissé ou avancé la paroi supéro-postérieure du cavum pharyngé et rétréci d'autant les voies de l'air. On remarquera également que malgré la situation déclive de l'orifice de la bourse pharyngée le globe de mucus clair et demi-solide, en gelée, qu'il contenait ne s'est affaissé que par l'influence de la pression et de la dessiccation, maintenant pendant près de quatre jours la forme de la cavité muqueuse. On s'imagine facilement à la vue d'une semblable disposition anatomique ce que peut devenir un catarrhe pharyngé intense et combien sa persistance est favorisée ainsi en même temps que la résistance aux traitements habituels. Le succès des cautérisations qui détruisent la paroi de la bourse et font une surface plate de toutes ces anfractuosités s'explique clairement. De tout ceci, il résulte que la maladie de Tornwaldt et son traitement semblent devoir être étudiés sans parti pris; c'est un accident possible de l'évolution d'une pharyngite chronique, qu'on peut guérir dès lors d'une façon sûre en sup-

primant la disposition anatomique, la bourse pharyngée qui sert de foyer à la maladie.

BIBLIOGRAPHIE.

G. L. TORNWALDT. Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea für die Erkennung und Behandlung gewisser Nasenrachenraum Krankheiten. (Wiesbaden, 1883).

F. J. C. MAYER. Neue Untersuchungen auf dem Gebiete der Anatomie und Physiologie. (Bonn, 1842.)

H. v. LUSCHKA. Der Schlundkopf des Menschen. (Tubingen, 1868.)

W. v. MEYER. *Hospitals Tidende*, n. 4 et 11. (Copenhague, 1868.)

Ueber Aden. Veget. in der Nasenrachenhöhle. (*Arch. f. Ohrenheilkunde*, Band 7 et 8, 1873-1874.)

W. HACK. Ueber eine operative Radicalbehandlung bestimmter Formen von Migräne, Asthma, Heufieber, etc. (Wiesbaden, 1884.)

J. SCHNITZLER. Ueber Asthma, insbesondere in seinen Beziehungen zu den Krankheiten der Nase. (*Wiener med. Presse*, n. 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40. — 1883.)

B. FRENKEL. Ueber den Zusammenhang von Asthma nervosum und Krankheiten der Nase. (*Berl. klin. Woch.*, n. 16 et 17. — 1881.)

SOMMERBRODT. Mittheil. von Heilungen path. Zustände welche durch Reflexvorgänge von der Nase her bewirkt waren. (*Berlin. klin. Woch.*, n. 10-11. — 1884.)

H. WALB. Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasen und Rachenkrankheiten. (Bonn, 1888.)

A. H. v. WENDT. Die Krankh. der Nasenrachenhöhle und des Rachens. Ziemssen's Handbuch der spec. (*Path. und Therap.* Band VII, Leipzig, 1874.)

WENDT et WAGNER. Dasselbe, 2 Aufl. (Leipzig, 1878.)

Heimer Casuistische Mittheil. über die Erkrank. der Bursa phar. Monatschr. f. (*Ohrenheilk.*, n. 5, 6 et 7, — 1886.)

P. TISSIER. Etude de la bourse pharyngée ou bourse de Luschka au point de vue de l'anatomie et de la pathologie (*Ann. des mal. de l'oreille*, n. 10 et 11. — 1886.)

LUC. Contribution à l'étude de la maladie de Tornwaldt (hypersécrétion de la glande de Luschka). (*France médicale*, n. 120 et 121. — 1886.)

BLOCH. Ueber die Bursa pharyngea. (*Berl. klin. Woch.*, n. 14. — 1888.)

ZAHN. *Zeitschrift f. Chirurg.*, Band XXII, pages 392 et 399.

MEGEVAND. Contribution à l'étude anatomique et pathologique des maladies de la voûte du pharynx. (Genève, 1887, Rivera et Dubois.)

P. MASUCCI (Naples). Un cas de kyste de la bourse pharyngée. (*Arch. internat. di Laryngol.*, 15 avril 1886.)

Loc. cit.

SUCHANNEK. Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Rachengewölbes. (*Aus. dem pathol. Institute zu Zürich, Iéna, 1888.*)

MAX SCHÖFFER. Bursa pharyngea und Tonsilla pharyngea. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde, n. 8. — 1888.*)

SCHWABACH. Ueber die Bursa pharyngea. (*Arch. f. mikr. Anat., Band 29, 1^{er} février 1887.*)

Zur Entwicklung der Rachentonsille. (*Arch. f. mikr. Anat., Band 32, 16 août 1888.*)

Zur Frage über die Bursa pharyngea. (*Deutsch. med. Woch., 30 juin 1887.*)

SUCHANNEK. *Anat. Anzeiger, n. 16, p. 525, 1887.*)

MAX BRESGEN. Grundzüge einer Pathologie und Therapie der Nasen, Mundrachen und Kehlkopfkrankheiten. (1884.)

TOURNAU. Neue Untersuch. über den Bau des menschl. Schlund und Kehlkopfes. (Leipsig, 1846, p. 42.)

LANDZERT. Ueber den Canalis cranio-pharyngens der Neugeborenen (*Petersb. med. Ztschr., Heft 1, 1868.*)

E. TEDENAH. *Mémoires de chirurgie, 2^e partie, p. 75, 1885.*)

TH. DURS. Zur Entwicklungsgeschichte des Kopfes des Menschen und der höheren Wirbelthiere. (Tübingen, 1869.)

F. GANGHOFNER. Ueber aden. Geschwülste ein Nasenrachenraum. (*Prag. med. Woch., 1877, n. 14 et 15.*)

Ueber die Tonsilla u. Bursa phar. Stitzsbericht d. tr. Ak. d. Wissensch., t. XVIII, 3^e partie, octobre 1873.

FRORIEP. Hopftheil der Chorda dorsalis bei menschl. Embryonen (*Recherches d'anat. et d'embryol. offertes à Jacob Henle par ses élèves comme présent de fête, le 4 octobre 1882. (Bonn, 1882.)*)

P. RAUGÉ. *Bulletin médical, 13 janvier 1889.*

II

DE L'OTITE MOYENNE INFECTIEUSE

Par M. le Professeur **Ignace FENOGLIO**, de Cagliari.

Au mois de janvier et au commencement de février 1888, j'eus à observer, à la clinique que je dirige à Cagliari, six cas d'otite moyenne qui, par la manière dont les malades en ont été atteints et par la marche qu'elles ont présentée, doivent, à mon avis, se rapporter à un agent unique, qui aurait produit chez ces six individus les mêmes effets, c'est-à-dire

à un agent d'infection. On n'a pas encore décrit, que je sache, une série de cas analogues observés à si courte distance comme ceux qui se sont présentés à mon observation, et mon ami, le professeur Novaro, que j'ai consulté à ce sujet, n'a pu en rencontrer.

Il est bien certain que si j'eusse pu faire des cultures pures et des expériences décisives sur des animaux, ma publication aurait eu bien plus d'importance; mais, bien qu'à mon grand regret cela ne m'ait pas été possible, j'ai cru toutefois qu'il était bon de publier cette petite note qui, au moins pour la partie clinique, aura quelque valeur et pourra servir à d'autres études sur l'otite infectieuse. Je donnerai rapidement, en laissant de côté tout ce qui n'est pas strictement nécessaire, une courte histoire de mes malades; puis je dirai par quelles considérations j'ai été amené à considérer cette otite comme une maladie d'origine infectieuse.

1^{re} OBSERVATION. — P. R., 33 ans, de Quartu, Sainte-Hélène, charretier de profession, bonne constitution et nutrition, était atteint de néphrite diffuse chronique. Je traitai cette maladie au moyen de bains d'air chaud qui le soulageaient beaucoup; et, le 28 décembre, je donnai un 5^e bain d'air chaud dont la température se trouva être un peu plus élevée qu'à l'ordinaire, car on le laissa, par inattention, arriver pendant une demi-heure à 58 degrés, tandis que les autres fois la température ne dépassa jamais, suivant ma recommandation, 45 degrés, et lorsque la température de l'infirmerie où couchait le malade ne marquait que 10 degrés, ce qui constitua une sensible différence avec celle du bain. Dès ce moment-là, le malade accusa une douleur et un sentiment de chaleur à la tête qui, le soir, disparurent, et la température axillaire augmenta de 1°,9; tandis qu'avant le bain elle ne marquait que 37°,4; après le bain elle monta à 39°,3. Une heure ensuite, la température descendit à 38°,7 et se maintint à ce degré pendant deux heures; puis elle descendit encore jusqu'à 38°,3, et cinq heures après le bain, elle était redevenue presque normale, ne marquant plus que 37°,5. Le lendemain matin, elle était à 37°; mais, deux jours après, reparut la douleur à la tête, et, en outre, le malade accusa un bourdonnement et une douleur à l'oreille gauche, avec une légère diminution de l'ouïe; le soir même la température remonta à 38°,6. Bientôt ces symptômes se prononcèrent davantage, et le malade eut

encore une forte douleur à la région mastoïdienne, à la nuque et à la région cervico-latérale gauche; il était aussi très agité et ne pouvait s'endormir qu'après bien de la difficulté et des efforts. En même temps que la douleur de l'apophyse mastoïde, la peau, qui recouvrait celle-ci et la région latérale du cou, parut tuméfiée et d'un rouge assez vif; la température était montée à 39°,5. La diminution de l'ouïe était devenue beaucoup plus sensible, puisque le malade n'entendait plus les battements de la montre. Ayant examiné l'oreille, je trouvai que la paroi du conduit auditif externe, à son extrémité la plus interne, paraissait rouge et tuméfiée, que la membrane tympanique se présentait aussi rouge et tuméfiée, à surface irrégulière et légèrement convexe, ou en dehors; de même, le pavillon était rouge et tuméfié. Au sixième jour, après la rupture de la membrane tympanique, se produisit un écoulement abondant, à la suite duquel cessèrent les douleurs, et le malade n'accusa plus autre chose qu'un léger bourdonnement et de la surdité. Peu à peu, la tuméfaction de la région mastoïdienne et du cou diminua, et le malade, bien qu'il eût encore un peu d'écoulement, ne se plaignait plus de troubles de l'oreille. A ce moment, je dus suspendre l'observation, parce que le malade, dont la néphrite était améliorée, fut obligé, pour des motifs de famille, de quitter la clinique.

Cette otite dura 17 jours; pendant ce temps-là, le malade eut à l'aisselle une température qui varia de 38° à 39°,5. Le maximum de température fut observé dans les jours qui précédèrent la rupture de la membrane tympanique; et, pendant ce temps-là, la quantité quotidienne des urines devint plus abondante qu'à l'ordinaire, d'un litre montant à un litre et demi, et la quantité de l'urée augmenta aussi légèrement; car, tandis qu'avant on en avait eu 16 grammes dans les 24 heures, on en a eu ensuite, dans un temps égal, 29 gr. 5.

2° OBSERVATION. — A ce cas-ci succéda un second qui se présenta chez un malade couché au lit tout près du précédent. Celui-ci fut atteint 14 jours après que la maladie s'était déclarée chez le premier.

B. P..., âgé de 40 ans, né à Pistoia, mineur; constitution robuste et bon état général, bien qu'atteint de tuberculose pulmonaire en voie d'amélioration. La maladie, dans ce cas-ci, eut la même marche que dans le premier cas; les symptômes pourtant furent moins graves; par suite de la tuméfaction fort accentuée du pavillon de l'oreille et de la région mastoïdienne et du

cou, accompagnée de douleurs aiguës qui, à la pression, devenaient plus fortes, on dut intervenir chirurgicalement en faisant une profonde incision à la région mastoïdienne, selon la méthode de Wilde. Par cette incision, on évacua une grande quantité de pus, et il nous fut permis de constater qu'il n'y avait aucune lésion de la paroi externe de l'apophyse mastoïde.

La période grave, dans ce cas, dura 13 jours, pendant lesquels la température alla jusqu'à 39°,5; mais, par l'usage que l'on fit du salicylate de soude, elle ne dépassa pas ce chiffre. La plus grande quantité d'urée, éliminée dans les 24 heures, fut de 30 grammes. Le malade sortit de la clinique guéri de l'otite, et avec l'ouïe assez rétablie pour pouvoir entendre les battements de la montre à 50 centimètres de distance. En outre, par l'application du traitement que j'avais employé l'année dernière et qui consistait en des inhalations, au moyen de l'air comprimé, de borate de soude pulvérisé, il guérit aussi de la tuberculose, ce qui résulta de l'examen, plusieurs fois répété, des crachats et de l'auscultation du malade.

3^e OBSERVATION. — B. M..., de Trepio, 32 ans, charbonnier, constitution débile, très amaigri, mort le 24 janvier de typhus abdominal. Sept jours avant de mourir, il fut atteint d'otite moyenne droite, qui fut suivie de rupture de la membrane du tympan et d'un écoulement de pus séro-sanguinolent. Dès le commencement de la maladie, le malade en ressentit une forte douleur à l'oreille droite; et, malgré le traitement antipyrétique, la température augmenta beaucoup et arriva jusqu'à 40°,5. L'autopsie ratifia le diagnostic.

4^e OBSERVATION. — M. A..., né à Bologne, 45 ans, mendiant, constitution physique débile, amaigrissement notable, entra à la clinique pour une pleurésie gauche. Dans la convalescence, il fut atteint d'otite moyenne gauche. Dans ce cas, le cours de la maladie fut plus lent et moins grave; il eut seulement des bourdonnements à l'oreille, suivis de légères douleurs; le pavillon de l'oreille et la région mastoïdienne se tuméfièrent et rougirent, la palpation en était assez douloureuse. L'ouverture de la membrane tympanique eut lieu 12 jours après le premier bourdonnement ressenti par le malade; la température ne dépassa jamais 39°,9. Dans ce cas, la guérison fut aussi si complète que le patient pouvait entendre les battements de la montre à la distance de 50 centimètres.

5^e OBSERVATION. — T. F..., de Racconigi, 55 ans, artiste de

chant, forte constitution physique et bon état général, est atteint d'hémiplégie gauche avec contracture, par suite d'hémorragie cérébrale. Il présenta tous les symptômes qui caractérisent le commencement de l'otite moyenne; mais, heureusement, elle ne se termina pas avec la suppuration et guérit après 3 jours.

6^e OBSERVATION. — M. L..., né à Serrenti, 41 ans, marchand ambulant, bien constitué et un peu maigri, entra à la clinique pour une cirrhose hépatique, avec une énorme tumeur de la rate. Il fut, lui aussi, atteint d'otite moyenne droite, avec bourdonnement, douleur et surdité presque complète. Dans ce cas, non seulement le pavillon de l'oreille et la région mastoïdienne étaient tuméfiés et rouges, mais les ganglions sous-maxillaires aussi. La température monta jusqu'à 40°, la quantité d'urée émise fut de 40 grammes dans les 24 heures. Le malade mourut le 25 janvier, six jours après le commencement de l'otite, et, en ayant fait l'autopsie, on put constater le diagnostic. J'examinai le pus, pour la recherche des micro-organismes, par le procédé usité habituellement, c'est-à-dire : dessèchement, sur un petit verre couvre-objets, d'une légère couche de pus, et puis coloration de cette couche avec le méthyle violet.

Je fis les observations avec un oculaire Koristka n° 3 et un objectif à 1/15^e à immersion homogène de Reichert. Dans toutes les préparations, je trouvai des *cocci* isolés et des *cocci* à chaîne de diverses dimensions; le nombre des *cocci* qui formaient les chaînes variait beaucoup, mais les *cocci* réunis deux à deux étaient plus rares. Non seulement je fis les examens avec la méthode ordinaire de coloration, mais j'examinai aussi le pus qui venait du malade tuberculeux, avec la méthode d'Ehrlich, pour y rechercher le bacille de Koch. Dans ce but, je fis beaucoup de préparations, mais je ne pus rencontrer de bacilles; le même examen eut lieu pour le pus du malade typhique, dans lequel je ne pus rencontrer d'autres formes de micro-organismes en dehors de ceux que je viens de décrire.

Les 6 cas observés se suivirent donc à peu de distance l'un de l'autre (les ayant notés par ordre chronologique, il suffira de regarder à quelle date a commencé la maladie du premier malade, 28 décembre 1887, et à quelle date est mort le dernier, 25 janvier 1888, pour s'assurer qu'ils ont été presque contemporains) et rencontrés chez des individus soumis aux mêmes conditions externes — ils couchaient tous dans une salle qui peut recevoir seulement dix malades et qui

alors était occupée entièrement, — mais non pas dans les mêmes conditions de maladies, deux de ces malades étant déjà atteints d'une autre maladie infectieuse. Par cela même, tandis que l'explication à donner de l'apparition de l'otite dans le premier cas est assez facile, la néphrite pouvant créer une certaine prédisposition à l'otite, laquelle fut déterminée par une cause occasionnelle rhumatismale, à la suite d'un rapide changement de température, il n'en fut pas de même pour les autres, et, exception faite des deux malades déjà atteints d'une maladie infectieuse, il n'y aurait pas pour ces cas d'étiologie apparente, si l'on voulait éliminer la cause infectieuse créée par le premier cas observé.

La température extrême, avec refroidissement brusque consécutif, à laquelle fut soumis le premier malade, a bien certainement déterminé l'éclosion de l'otite, d'autant plus que le malade avait déjà pris quatre autres bains qui l'avaient peu soulagé, et ce fut seulement après le dernier qu'il eut de la douleur de tête et de l'hyperthermie. Il me semble donc assez juste de supposer que le développement d'un micro-organisme spécial, qui autrement se serait conservé latent, a été favorisé par cette circonstance.

Zaufal (1) a démontré que, dans la sécrétion de l'otite moyenne, on rencontre des micro-organismes spéciaux, et, dans un cas d'otite moyenne aiguë, avec sécrétion séro-sanguinolente, il put, par des inoculations de la sécrétion sur un milieu favorable, obtenir le bacille à capsule de Friedländer. Dans un autre cas, il avait, par l'examen microscopique de la sécrétion, observé un *diplocoque* qu'il put démontrer être analogue au *pneumodiplocoque* de Frænkel. Dans le premier cas, il trouva aussi dans la sécrétion nasale le bacille de Friedländer. L'auteur pense que, surtout dans ces deux cas, le bacille trouvé était en relation causale avec le processus inflammatoire de l'oreille; il ne croit pourtant pas porter un jugement définitif, tant qu'il n'aura pas obtenu artificiellement, au moyen de l'inoculation, une culture pure à la surface de la muqueuse dans la cavité tympanique des

(1) ZAUFAL. *Mikroorganismen in secrete der Otitis media acuta. Centralblatt*, n° 1, 1888.

animaux. Dans un autre mémoire, plus récemment publié (1), il donna les résultats de l'examen de cinq cas d'otite, dans trois desquels il a trouvé le *streptococcus pyogènes*.

Dans son travail, Netter (2) a démontré que l'otite moyenne aiguë n'est pas une maladie unique, toujours due au même micro-organisme. Il y en a plusieurs variétés, dues chacune à un microbe particulier et offrant de ce fait des caractères spéciaux au point de vue symptomatique et pronostique. Netter distingue quatre espèces : l'otite à *streptocoque*, l'otite à *pneumocoque*, l'otite avec microbes de Friedländer, l'otite à *staphylocoques*.

Rohrer (3) a examiné les sécrétions de 100 malades atteints d'affections de l'oreille moyenne et de 10 sujets atteints de dermatoses du conduit auditif externe. Il y a une grande différence entre les sécrétions fétides et les non fétides ; dans les premières, on trouve toujours des *cocci* et des *bacilles* ; dans les autres, les *cocci* existent seuls.

Les otites moyennes sont aussi causées par les maladies d'infection, telles que la scarlatine, la variole, la rougeole, la diphthérie, la fièvre typhoïde, la pneumonie, la tuberculose, etc., parce que ces maladies peuvent s'étendre à la trompe d'Eustache, et de là à l'oreille moyenne. Le docteur Bobone a démontré qu'il y a des otites moyennes purulentes chroniques tuberculeuses, qui sont caractérisées par un léger bourdonnement aux oreilles, diminution de la sensibilité auditive, et ensuite un écoulement purulent des oreilles. Mais quand la sortie du pus rencontre quelques obstacles, alors il y a aussi des douleurs ; mais, dans certains cas, les troubles sont si légers qu'ils ne sont presque pas perçus par les malades.

Fränkel aussi, dans 50 autopsies d'individus morts de phthisie, put rencontrer, dans 21 cas, des ulcères tuberculeux

(1) Weitere Mittheilungen über das Vorkommen von Microorganismen in secreten der Otitis media acuta genuina, Zaufal. (Prager med. Woch., 22 février 1888.)

(2) Recherches bactériologiques sur les otites moyennes aiguës, par NETTER. (Ann. des malad. de l'oreille, octobre 1888.)

(3) Ueber die Pathogenität der Bacterien bei einigen Processen des Ohres, par Rohrer. (Deutsche med. Woch., n° 44, p. 902, 1888.)

dans la cavité des fosses nasales et du pharynx, et, dans 3 cas, de l'otite moyenne de l'oreille droite.

Les observations ultérieures de Voltolini démontrèrent, spécialement pour l'otite purulente des enfants, que, dans certains cas, on a pu constater la présence des bacilles dans le pus de l'oreille avant l'apparition d'autres symptômes objectifs.

Nathan, sur 40 cas d'otorrhée, trouva 12 fois des bacilles, et, dans 8 de ces cas, une tuberculose manifeste.

C'est pour cela que j'examinai sérieusement le pus du malade tuberculeux pour m'assurer s'il y avait ou non le bacille de Koch, et si celui-ci seul pouvait être regardé comme cause de l'otite; mais le bacille tuberculeux ayant manqué dans la sécrétion purulente, la marche ayant été aiguë et n'ayant pas trouvé chez ce malade des lésions du pharynx, je dus exclure tout à fait l'idée que l'otite ait pu être causée par le micro-organisme de Koch. Il me fallait donc trouver une autre cause, qui, à cette époque, ne pouvait être que de nature parasitaire, d'autant plus qu'il n'y avait alors à l'hôpital, ni d'autres maladies infectieuses, ni plaies en suppuration.

De même, chez le typhique, on pouvait au commencement supposer que l'otite eût dû être causée par la maladie primitive, puisque la fièvre typhoïde est quelquefois la cause de cette maladie, surtout quand il y a angine typhique, angine catarrhale ou folliculaire.

Bezold, sur 1243 cas de fièvre typhoïde, trouva 48 fois de l'otite moyenne purulente, que l'on observa ordinairement du vingt-cinquième au trente-cinquième jour de maladie, avec les phénomènes plus ou moins graves. Dans six de ces cas, l'autopsie confirma le diagnostic, et dans 16 cas, tout en n'ayant pas observé pendant la vie de symptômes auriculaires, à l'autopsie on constata des altérations de l'organe auditif.

L'origine de l'inflammation purulente peut, selon Voltolini, reconnaître trois causes. Première, transmission directe de l'inflammation du pharynx à travers la trompe; deuxième, transport de matériaux septiques de la cavité du pharynx à

l'oreille moyenne par des mouvements causés par l'action de se moucher; troisième, enfin, embolie dans les vaisseaux de la muqueuse, consécutive à l'endocardite et aux thromboses du cœur gauche, ou aux foyers de suppuration périphérique.

Dans mon cas, il n'y avait pas la moindre trace d'angine ni aucun procès embolique, et je pus constater par l'autopsie qu'il n'y avait aucune altération au pharynx qui pût être la cause directe de l'otite.

Il en résulte que, soit dans l'otite du tuberculeux, soit dans celle du typhique, je ne trouvais pas les éléments qui permettent de les rattacher à la maladie primitive infectieuse; je devais donc les considérer comme dépendantes de l'otite qui se développa d'abord chez le néphritique, et j'étais en droit de supposer que les micro-organismes de celui-ci, ayant trouvé chez les autres un terrain propice, ils y ont pris un développement plus ou moins grand, suivant la plus ou moins grande prédisposition de ces différents sujets, d'où la raison du variable degré d'intensité de ces otites. A l'appui de cette hypothèse s'ajoutèrent 3 autres cas observés chez des individus non atteints de ces maladies infectieuses et chez lesquels, par conséquent, on ne pouvait admettre une raison directe de cause à effet.

De ces considérations, je me crois autorisé à déduire que les otites que j'ai observées furent de nature infectieuse, et que les cinq qui suivirent furent une conséquence directe de la première, n'ayant pas trouvé, il est bon de le répéter, sauf dans le premier cas, une autre cause suffisante à en produire le développement, ni aucune preuve qui m'eût permis de dire qu'elles avaient été indépendantes de la première et coïncidentes seulement par hasard. Le développement qu'elles ont eu et la manière dont elles se sont manifestées l'une après l'autre, à si peu de distance, sur des individus sujets aux mêmes influences externes et voisins de lit, m'a tout à fait convaincu de l'exactitude de mon assertion. Il faut dire pourtant que tous les malades ne se prêtent pas également à l'infection, ce qui a lieu d'ailleurs pour toutes les maladies infectieuses, et que l'infection, chez les divers malades, a une intensité variable suivant les sujets.

L'otite infectieuse peut être quelquefois si légère qu'elle peut passer presque inaperçue, ce qui arriva pour la cinquième observation, dans laquelle le malade eut, pour ainsi dire, une otite abortive, car il eut seulement les premiers symptômes de la maladie, et, après trois jours, il était tout à fait guéri.

Le fait que tous les individus de la salle n'ont pas été atteints de cette maladie ne peut donc pas être, comme il semblait à première vue, un argument contre sa nature infectieuse; mais, au contraire, cela prouve seulement, comme je viens de le dire, que cette forme infectieuse a besoin, elle aussi, d'une certaine prédisposition chez le sujet et, par conséquent, d'un terrain apte à l'éclosion du parasite qui la produit, à moins de supposer que certains individus, tout en ayant quelques légers troubles de l'oreille, n'y attachent que peu d'importance et, en raison du peu de douleur ressentie, aient cru inutile d'en parler.

Personne jusqu'ici, que je sache, n'a pu encore observer plusieurs cas d'otite moyenne éclatant dans le même lieu et dans le même temps. Voilà la raison de ma note, que j'avais préparée depuis le mois d'août de l'année dernière, et qu'après réflexion je me suis décidé à publier, dans l'espoir qu'elle pourra servir à quelque autre observateur.

III

BLESSURE DU TYMPAN DROIT PAR UNE BRANCHE D'ARBRISSEAU

Par le Dr **E. MÉNIÈRE.**

Les traumatismes de la membrane du tympan sont chose assez commune; cependant on peut rencontrer dans les cas qui paraissent les plus ordinaires quelques particularités dignes d'intérêt.

Un cas de ce genre s'est présenté à moi il y a peu de temps, et je vais en donner la relation écrite par le malade lui-même, homme fort intelligent.

OBSERVATION. — « M. X..., 50 ans, d'excellente santé et sans diathèses appréciables.

« Le mercredi 18 mars, étant à la chasse et traversant une haie formée par des lilas récemment taillés, une branche sèche a pénétré dans mon oreille droite avec une telle violence que cette branche, grosse comme un porte-plume, s'est brisée à quelques centimètres de mon oreille. J'ai pu la retirer de suite.

« J'ai ressenti immédiatement une violente douleur et une vibration cristalline d'une intensité considérable, un son clair, comme le produirait une énorme coupe de cristal frappée sur sur ses bords.

« Les vibrations ont duré quelques secondes, puis se sont éteintes comme celles d'un diapason. J'ai eu de suite la conviction que mon tympan était brisé. Cela m'a produit de plus un ébranlement violent dans la tête, et dans les minutes qui ont suivi, je n'ai plus rien entendu, à ce point que *deux coups de fusil tirés à quelques pas de moi m'ont paru un bruit produit par deux petits jets de vapeur.*

« Puis, très peu de temps après, les paroles que l'on prononçait à ma gauche me semblaient venir de très loin et du côté opposé où était la personne qui me parlait.

Il était alors 5 heures du soir, et nous rentrions. La violente douleur ressentie n'a pas duré, mais j'avais le cerveau ébranlé et un bourdonnement dans la tête qui me parut doublé par le bruit du chemin de fer et des voitures dans Paris lorsque je rentrai chez moi.

« Depuis le moment de mon accident quelques gouttes de sang ont coulé de mon oreille, et pendant une huitaine de jours, le coton que je mettais était taché de sang et d'un peu de sérosité jaunâtre. Je n'ai pas eu de suppuration à proprement parler.

« Du 14 au 18 mars, j'ai gardé la chambre, ayant conservé une très grande impressionnabilité aux divers bruits. La résonance de ces bruits semblait se continuer dans ma tête, sans qu'il y ait de douleurs.

« Mon médecin et ami, le Dr X..., m'a dit qu'il n'y avait rien à faire avant que la cicatrisation ne commence, et qu'elle se fera naturellement.

« Je n'ai donc fait que quelques injections de guimauve et des fumigations de sureau, que je n'ai pu continuer parce que la chaleur me congestionnait la tête. Du 20 au 25 mars, j'ai con-

tinué ce petit traitement, et comme je ne souffrais pas j'ai pris patience en pensant que ce serait une affaire de temps.

« Du 26 au 30, je ne voyais plus sur mon coton ni sang ni sérosités. Mais n'entendant rien du côté droit et étant très sensible aux bruits, mon docteur trouva que j'avais besoin de soins spéciaux et m'a envoyé vers vous. »

Ici s'arrête la narration de M. X...

« J'ai vu le malade le 1^{er} avril. Il existait dans le segment postérieur et un peu inférieur une perforation presque ronde du tympan droit. On voit un peu d'humidité dans la caisse, mais peu d'exsudats purulents.

« Les bords de cette perforation, qui a plus de 3 millimètres, sont nettement accusés. Très peu d'hyperhémie de la membrane. Après avoir nettoyé le conduit et la caisse au moyen d'une injection antiseptique, je badigeonnai toute l'oreille avec de la glycérine coaltarisée, que j'emploie depuis longtemps et qui me donne de bons effets, puis je fermai avec du coton boricé.

« Quatre jours après, la perception des bruits du dehors se faisait dans des conditions normales. L'audition de la parole à voix haute ne dépassait pas un mètre. Lorsque le malade était dans un endroit tranquille, il n'avait plus de résonnance; l'oreille n'était nullement sensible. Le 5 avril, il entendait à 4 mètres. Le 8 avril, la perforation avait diminué. Le 15, la cicatrisation était complète. On voyait simplement au point déchiré un certain épaississement de la membrane, un peu de vascularisation et comme une infiltration de lymphé plastique. L'audition était de 7 mètres. Le 23, on n'apercevait plus qu'une petite tache un peu plus blanche. L'audition était de 12 mètres, et le malade cessait tous les soins, tout en conservant cependant un peu de coton, pour éviter l'impression du froid, encore assez vif à cette époque. »

Réflexions. — Il y a bien des points intéressants dans cette observation.

Je passe sur la vive douleur, sur les vibrations cristallines et sur l'ébranlement violent de la tête qui a suivi l'accident. Ces symptômes ont été maintes fois notés. Mais ce que je n'ai trouvé indiqué nulle part, c'est la surdité instantanée, presque complète de l'oreille saine, à ce point que le malade

n'a entendu deux coups de fusil tirés à sa gauche que *comme deux petits jets de vapeur*. Les paroles prononcées à gauche du blessé semblaient venir de très loin et du côté opposé où se trouvait l'interlocuteur.

Voilà un exemple de l'action synergique des tenseurs tympaniques et de la sympathie biauriculaire. Il est très frappant et démontre cliniquement les phénomènes observés par notre collègue M. Gellé au cours de ses travaux de physiologie expérimentale. Il est évident que l'audition de l'oreille gauche n'a été modifiée au moment même de la secousse causée par la blessure que par une action de sympathie biauriculaire. Les symptômes accusés par le malade ne laissent aucun doute dans l'esprit.

Ces phénomènes ont duré quelques minutes jusqu'à ce que la commotion se soit effacée et que l'oreille gauche ait repris son équilibre normal.

Un autre point intéressant est l'absence de toute réaction inflammatoire du côté de la caisse, après une blessure produite avec autant de violence par une branche dure, coupée en biseau, et qui a dû déchirer la muqueuse de la caisse.

L'accident arrive le 18 mars. Le malade est soigné d'une façon insuffisante, et malgré cela il n'y a pas d'inflammation sérieuse et pas la moindre complication.

La surdité du côté où s'est produit le traumatisme est le seul symptôme sérieux.

La nature a fait son office ; la lymphe plastique s'est organisée, et le 15 cette ouverture, de plus de 3 millimètres, était complètement fermée. Puis, à mesure, l'audition s'améliorait de jour en jour, et six semaines après l'accident, l'oreille était presque normale.

Je ne veux point entrer dans une discussion approfondie de ces divers points. Je regarde comme suffisant de les indiquer, en décrivant le plus simplement possible ce qu'il m'avait été donné d'observer.

IV

L'OREILLE CHEZ LES CRIMINELS (1)

Par le Dr **JOSEPH GRADENIGO**. Docteur d'otologie, à Turin.

J'ai fait une série de recherches sur l'organe de l'ouïe chez 110 criminels sains, dans le but de déterminer l'acuité auditive pour chaque cas particulier et d'établir le siège des lésions qui pouvaient se présenter. La mensuration de l'acuité fut faite avec quatre différentes sources sonores : deux montres (distances moyennes de perception 5 et 3,5 m.) voix aphone et acoumètre de *Politzer*. Chaque fois l'examen objectif de la membrane tympanique et des cavités nasopharyngiennes fut pratiqué. Les amas de cérumen étaient enlevés avant l'examen.

Hommes criminels. — Sur 82, il existait chez 55 (67,3 0/0) une acuité auditive inférieure à la moyenne normale pour une oreille ou pour les deux, ainsi répartie selon l'âge.

De 15 à 20 ans	53,8 0/0
20 à 30	63,6 0/0
30 à 40	58,8 0/0
40 à 50	89,6 0/0

Les différentes affections rencontrées étaient :

Otites moyennes catarrhales et sténoses tubaires chez.	19 individus
Otites purulentes et suites chez.	6 —
Otite interne de profession chez.	5 —
Otite interne par infection chez.	5 —
Otite interne et moyenne de caractère sénile chez.	7 —
Otite sénile le plus souvent interne chez.	4 —
Dysacousie non exactement localisable, avec les caractères d'un commencement d'involution de l'organe chez.	9 —

(1) D'après une communication faite le 5 avril à l'Académie royale de médecine. Résumé original de l'auteur.

De 20 à 30 ans, les affections de l'oreille moyenne sont en proportion, environ du double, de celles de l'oreille interne. Au-dessus de 40 ans ce rapport est complètement interverti. En général, les affections de l'oreille moyenne sont en nombre double de celles de l'oreille interne et quadruple des formes mixtes, et les dysacusies ne sont pas exactement localisables. — L'acuité auditive, dans les affections bilatérales, était plus fréquemment meilleure à droite qu'à gauche.

Femmes criminelles. — Sur 28, 15 (53,5 0/0) avaient une acuité auditive inférieure à la moyenne, savoir :

De 15 à 20 ans	33	0/0
20 à 30	53,8	0/0
30 à 40	50	0/0

Plus, deux malades au-dessus de 60 ans.

Chez les femmes, les otites moyennes étaient de beaucoup plus nombreuses. Quatre femmes possédaient, pour la montre, une acuité auditive supérieure à la moyenne ($\frac{15}{5}$, $\frac{17}{5}$).

La statistique ne possède pas de données suffisantes pour établir comment se comporte l'acuité auditive chez les individus normaux. Les chiffres de *Weil*, *Sexton*, *Bezold*, *Schmiegelow*, *Gellé* (22-25 0/0) se rapportent seulement à des enfants au-dessous de 15 ans. *Weil* a reconnu que la fréquence des altérations de l'ouïe croît avec l'âge. Selon *Troltsch*, il existerait une diminution de l'acuité auditive, chez les adultes, environ dans 33 0/0 des cas.

De mes observations sur 67 individus sains examinés, il résulte que la fréquence moyenne, pour les hommes, est de 44,6 0/0, et pour les femmes, de 22 0/0.

Chez les criminels, les altérations de l'ouïe seraient donc beaucoup plus fréquentes qu'à l'état normal. Comment s'expliquer ce fait? Je crois pouvoir l'attribuer principalement aux conditions hygiéniques défavorables dans lesquelles vivent les criminels, aux aliments et aux habitudes qui les exposent, plus qu'à l'état normal, à l'influence des causes morbides (rhumatismes, affections du nez et de la gorge, syphilis, tuberculose, blessures à la tête, etc.). En outre, peut-on admettre chez eux une faiblesse particulière de

l'organe de l'ouïe ? Je ne possède pas d'arguments pour répondre à cette question : toutefois, je dois mentionner, comme parlant en faveur de cette hypothèse, le fait que, dans les cas désignés par moi comme *dysacousie non exactement localisable* (environ 11 0/0 des sujets examinés, 18 0/0 des malades), j'ai rencontré, chez des criminels de 25, 30 ans, un organe de l'ouïe offrant d'une manière bien marquée des caractères fonctionnels de dégénérescence ou d'involution sénile, tels qu'aurait pu les offrir l'oreille d'un vieillard normal à 60 ans.

Il résulte, en outre, de mes observations qu'il n'y a pas de rapport constant entre l'obtusion du tact, du goût et de l'odorat, fréquente chez les criminels, et la diminution de l'acuité auditive dont je viens de parler.

PRESSE ÉTRANGÈRE.

Otite moyenne suppurée ; perforation de l'apophyse mastoïde, trépanation et exploration du lobe temporo-sphénoïdal, par JAMES BLACK. (*Glasgow med. Journ.*, janvier 1888.)

Malade âgé de 22 ans : otorrhée, datant de l'enfance, sans cause appréciable.

Subitement : céphalalgie intense, nausées, frissons, fièvre.

Examen : conduit auditif bouché par de la ouate, rétention du pus, perforation du tympan. Trépanation, puis consécutive-ment ouverture de la pie-mère et ponction à travers le cerveau dans la direction du toit de la caisse du tympan. On ne retire pas de pus, mais, à la suite, accès de fièvre avec frissons et sueurs, administration de sulfate de quinine et guérison.

P. GASTOU.

Méningite aiguë consécutive à une otite moyenne suppurée

Par le Dr ABBE. (*Glasgow med. Journ.*, avril 1888.)

Le Dr Abbe présente à la réunion de la New York surgical Society une portion d'os temporal et raconte qu'un jeune malade âgé de 7 ans, ayant de l'œdème au-dessus de l'apophyse mastoïde, avec une otite moyenne suppurée, est pris subite-

ment d'accidents méningés avec ptosis et hyperesthésie des membres du côté de l'oreille malade.

Trépanation, mort.

Autopsie : Méningite purulente de la base du cerveau et du cervelet. Pas de communication du pus du cerveau avec celui de l'oreille; le conduit auditif interne montre des lignes de pus le long de la gaine du nerf olfactif.

P. G.

Ecoulement de lait par l'oreille, par le D^r HENDRIX.

(*Glasgow med. Journ.*, avril 1888.)

Le D^r H.-F. Hendrix cite dans le *Saint-Louis medical and surgical Journal* le cas d'un enfant de 3 semaines qui avait une perforation du palais. Si on le nourrissait couché sur le côté droit, le lait coulait par l'oreille droite. Il eut la coqueluche, et depuis lors le lait coula par l'oreille gauche.

P. G.

Affections traumatiques de l'oreille, par THOMAS BARR.

(*Edinburgh med Journ.*, janvier 1888.)

I. — OREILLE EXTERNE.

Lésion spéciale du pavillon de l'oreille ayant atteint le périoste de l'apophyse mastoïde.

Un jeune ajusteur-mécanicien, âgé de 20 ans, ayant été 3 semaines auparavant suspendu par l'oreille présente une douleur vive derrière l'oreille, puis consécutivement une tumeur derrière le pavillon et de l'œdème en avant de l'oreille et sous les paupières; fièvre. On ponctionne avec un bistouri la tumeur, il sort quelques gouttes de pus, et le malade est guéri en 15 jours.

Fracture du tympan et du conduit auditif externe.

A été observée chez une femme de 50 ans qui s'enfonça une épingle dans l'oreille. Des efforts furent faits pour l'extraire, mais sans résultat. L'examen de l'oreille montrait une petite saillie à la partie inférieure du cadre du tympan.

Cette saillie ressemblant à une épingle fut extraite; on reconnut alors deux petits os provenant du cadre tympanique. On ne trouva pas d'épingle.

Voici l'explication de ce cas: l'épingle n'entra pas dans le conduit et glissa sans que la malade s'en aperçût. Le médecin, croyant voir l'aiguille, saisit le bord de l'os près du tympan et, par des efforts exagérés pour retirer la prétendue épingle, il fractura l'os.

II. — OREILLE MOYENNE.

*Rupture de la membrane du tympan par une épingle
à cheveu.*

Lorsque l'épingle sortit, douleur intense, nausées, vertige accompagnés de perte d'une cuillerée à café de sang. Examen auriculaire : brèche dans le quart supérieur de la membrane et congestion du voisinage. Pas de suppuration.

La guérison se fit par une cicatrice linéaire et une perte de 0,30 dans l'acuité auditive.

*Rupture de la membrane du tympan par une aiguille
à tricoter.*

Aiguille enfoncée en jouant, douleur intense, bourdonnement. L'extraction nécessite une grande force. Cicatrice linéaire de guérison.

Rupture de la membrane du tympan par une seringue.

Un chirurgien, en poussant trop fort, perfore le tympan ; il s'ensuit une douleur syncopale et une otite moyenne aiguë. L'écoulement dure deux mois, et le malade recouvre en partie l'audition du côté atteint.

*Rupture de la membrane du tympan par un coup de balle
de tennis.*

La balle atteignit le tragus : douleur intense, nausées, vomissements, insomnies, puis siuitement et écoulement muco-purulent. A l'examen, il existe une perforation longue de 2 millimètres en arrière du manche.

Traitement : acide borique, douche de Politzer. Guérison avec une diminution de moitié dans l'acuité auditive.

*Oreille interne.**Lésion du labyrinthe produite par un coup de planche en bois ;
rupture de la membrane du tympan ; question médico-lé-
gale.*

A la suite du coup, le malade tombe à terre, perd connaissance et un écoulement de sang se montre par l'oreille gauche et le nez. L'écoulement sanguin de l'oreille dure deux jours.

L'examen montre une déchirure de la partie postérieure de la membrane.

A la suite, le malade devient sourd, a des bourdonnements, de la céphalalgie sans otite moyenne.

Il demande des dommages-intérêts.

Par la méthode de Weber, le diapason est plus fort dans la bonne oreille et démontre une lésion labyrinthique due à la contusion du nerf auditif.

Lésion du labyrinthe par un coup.

Coup dans l'oreille droite, perte de l'audition, vertiges, vomissements pendant une semaine, surdité, pas d'écoulement.

Il n'y a pas de rupture du tympan ; mais par le fait d'une exsudation hémorrhagique dans le labyrinthe, il persiste de la surdité et du vertige.

Lésion du labyrinthe par une note aiguë, surdité complète causée par une note de Bugle.

Chez un homme de 24 ans existait une surdité datant de 4 semaines ; il n'entendait pas de l'oreille droite, même avec un tube acoustique ; à gauche, il n'entendait qu'avec un tube acoustique ou si les mots étaient fortement criés.

Depuis sa jeunesse, il était dur d'oreille, et la surdité complète datait du jour où une forte note de Bugle avait été lancée près de son oreille droite.

Cette surdité avait été accompagnée à ce moment de bruit de vapeur et de vertige.

L'examen montre une suppuration ancienne des deux côtés. A gauche, le tympan est atrophié et adhérent, tandis qu'à droite la membrane est détruite dans les trois quarts de son étendue.

Les trompes sont perméables.

Dans ce cas, il s'agit donc d'une surdité subite provoquée par un son fort dans des oreilles déjà malades. Les ondulations étaient allées agir sur la terminaison des nerfs acoustiques. P. G.

De la place de la spécialité en médecine générale en ce qui concerne les maladies de l'œil, de l'oreille, de la gorge et du rhinopharynx, par GEORGE HUNTER (*Edinburgh. med. Journ.*, avril 1888.)

2^e PARTIE : AFFECTIONS DE L'OREILLE.

Le traitement des affections de l'oreille est tout autre de nos jours qu'il était il y a vingt ans ; des moyens insuffisants d'explo-

ration, une lumière directe donnaient de mauvais diagnostics et par conséquent des traitements défectueux.

Pour faire un bon examen d'une affection auriculaire, l'auteur insiste sur trois points :

- 1° La conversation avec le malade ;
- 2° L'épreuve de la montre ;
- 3° L'épreuve du diapason.

La distance maxima à laquelle peut-être perçu par une oreille saine le tic tac d'une montre est de 30 pouces (75 centimètres environ.

L'acuité auditive se mesure par une fraction dont le dénominateur est la distance maxima normale, c'est-à-dire 30 centimètres, et le numérateur la distance maxima à laquelle l'oreille malade perçoit encore le tic tac. Pour une oreille saine ce rapport est $\frac{30}{30}$ ou l'unité.

Par le diapason on peut distinguer les maladies de l'appareil conducteur d'avec celles de l'appareil récepteur (nerf et labyrinthe.

La conduction de l'air étant plus forte que celle de l'os, si l'inverse se produit on se trouve en présence d'un obstacle dans l'appareil conducteur. La conduction osseuse, diminuée ou abolie dans une oreille qui n'entend pas, indique qu'il existe une compression du liquide labyrinthique ou une maladie du nerf acoustique (Field).

Lennox Browne (la gorge et ses maladies) dit qu'il est important de noter la durée de perception des vibrations d'un diapason placé sur l'apophyse mastoïde : cette durée est-elle courte, le pouvoir du nerf auditif est diminué, comme cela arrive dans le catarrhe.

La quantité de pouvoir auditif perdue est mesurée par le temps pendant lequel l'oreille du médecin (supposée normale) perçoit le diapason partie sur son apophyse mastoïde, à partir du moment où l'oreille du malade cesse de percevoir les vibrations.

Les affections que tout praticien non spécialiste doit pouvoir reconnaître et traiter sont les suivantes :

En premier lieu, la présence de cérumen, facile à reconnaître dont l'enlèvement était si compliqué autrefois, se réduit aujourd'hui à l'emploi d'une cuvette et d'une seringue. Cependant, il est des cas où il est nécessaire de faire des attouchements avec l'acide nitrique fumant.

Il faut s'assurer de temps en temps que le cérumen part, car une injection faite trop fortement sur la membrane du tympan mise à nu peut entraîner son inflammation.

S'il existe des lamelles d'épithélium mélangées de cellules, on activé leur sortie en instillant du bicarbonate de soude.

Il est des cas où, l'emploi d'une pince devenant nécessaire, on voit des blessures de la corde du tympan et des paralysies faciales consécutives suivre une intervention malhabile.

Des quintes de toux suivent l'enlèvement du cérumen, et sont dues à un réflexe agissant sur le vague.

Otorrhée chronique : elle résulte en général d'une maladie du rhino-pharynx, et chez les strumeux d'une inflammation du tympan.

C'est une maladie que l'on néglige, et toutes les injections n'y font souvent rien.

La douche d'air par les méthodes de Valsalva ou de Politzer est plus efficace, elle empêche les adhérences de s'établir et d'immobiliser le tympan.

Les granulations et polypes arrivent à boucher le conduit auditif ; l'auteur les a vus guérir après arrachement avec un serre-nœud suivi de cautérisation à l'alcool absolu ou avec un mélange à parties égales de créosote et d'acide arsénieux que l'on porte avec un fin stylet sur les parties malades. — L'acide chromique peut remplacer ces différents moyens.

L'otorrhée chronique produit souvent la suppuration des apophyses mastoïdes, suppuration qui a guéri dans quelques cas par l'extraction de l'os nécrosé.

Le docteur Hunter insiste surtout dans son mémoire sur le catarrhe muqueux de l'oreille moyenne et s'étend sur :

1° Sa fréquence : il existe dans la moitié des affections de l'oreille ;

2° Sa guérison, qui est possible au début ;

3° La surdité qui suit le catarrhe non soigné ;

4° La marche insidieuse qui le caractérise et qui est cause qu'on le néglige.

A l'appui de ces quatre propositions l'auteur mentionne deux cas tirés de sa pratique.

Dans l'un et l'autre, il s'agit de lésions de l'oreille moyenne ayant amené une sclérose du tympan. Ces lésions sont elles-mêmes consécutives à des rhinites et à des pharyngites granuleuses, et coïncident le plus souvent avec des tumeurs adénoïdes

Le mécanisme de la surdité, dans chacun de ces cas, est le suivant : l'obstruction nasale ouvre la scène, le catarrhe pharyngien est consécutif, et pour peu qu'il s'ajoute des tumeurs adénoïdes, la surdité est alors une question de temps.

Quel est le meilleur traitement à opposer à ces diverses affections? La première indication consiste à lutter contre la cause : gargarisme astringent, inhalations de chlorure d'ammonium ; enfin douches d'air par les méthodes de Val-alva ou de Politzer.

Le médecin ne doit donc jamais négliger l'examen du rhinopharynx, et lorsqu'il constate de l'hypertrophie des amygdales, des tumeurs adénoïdes chez l'enfant, des polypes nasaux, de la rhinite hypertrophique et des granulations pharyngées chez l'adulte, il doit toujours craindre la surdité.

Chez l'enfant, la douche d'air ne peut pas toujours s'effectuer à l'aide du cathétérisme de la trompe, mais on peut arriver chez eux au même résultat par la méthode de Valsalva. Gruber fait remarquer avec raison que les enfants ne déglutissent pas toujours au commandement ; c'est pourquoi il leur fait prononcer le mot « hook » au moment où il presse sur la poire à injection.

On est obligé parfois de faire le cathétérisme de la trompe ; avec de l'habitude on arrive à le faire aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. L'auteur ne croit pas que la méthode de Luenemberg, qui consiste à contourner le vomer, soit infaillible ; il prétend que le point de repère est trop en arrière.

Pour terminer son mémoire, le Dr Hunter cite le cas d'une malade âgée qui, athéromateuse, était sourde et sujette à des vertiges fréquents : tous ces phénomènes résulteraient de la compression du labyrinthe par le tympan déprimé.

Tels sont, analysées rapidement, les quelques pages d'un travail original et qui mérite d'être lu, tant par sa clarté que par les services qu'il peut rendre aux médecins.

P. G.

L'épiglotte : ses modes de réunion aux organes environnants, par MAYO COLLIER. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 6, 1888.)

L'épiglotte peut être considérée comme une barrière entre les cavités pharyngienne et vocale ; elle repose sur son extrémité inférieure en forme de pointe comme un cône qui reposerait sur son sommet. L'auteur dans sa description démontre l'incorrection de la dénomination des replis glosso-épiglottiques qui n'ont d'autre relation avec la langue que par la continuité de la muqueuse ; la membrane thyro-hyôïdienne non plus n'existe pas, l'auteur n'ayant jamais trouvé, contrairement aux traités en

usage de membrane fibro-élastique entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Il n'existe qu'un mince fascia revêtant la face inférieure du muscle thyro-hyoidien et s'étendant sur une quantité de tissu cellulaire et de graisse dans l'espace hyo-épiglottique. Ce fascia est rattaché intimement à l'insertion hyoïdienne du muscle thyro-hyoidien; il existe un espace bien net entre les deux moitiés opposées.

Un ligament, décrit comme le ligament thyro-hyoidien latéral, repose en dehors sur le constricteur moyen du pharynx et constitue un organe bien net et important; il est rond, en forme de corde, long des $\frac{3}{4}$ d'un pouce, s'étend du sommet de la grande corne de l'os hyoïde à celui de la corne inférieure du thyroïde.

R. L.

Lèpre des voies artérielles, par WALTER MACKENZIE. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, janv. 1888.)

L'auteur a réuni un grand nombre de faits, et ses statistiques confirment les opinions de Moura Bourouillou, Schrötter, etc. Il s'est rendu pour faire ses recherches en Espagne, à Séville; à Funchal (Madère), à Molde et Bergen (Norvège), puis en Italie, à San Remo.

De ses investigations, il conclut que pour n'être pas dans les cas absolument nets, les symptômes laryngo-laryngés présentent des caractères souvent assez tranchés pour qu'un homme expérimenté puisse en diagnostiquer la nature sans beaucoup d'hésitation.

Tous les lépreux chez lesquels le larynx était attaqué avaient autre part des signes bien marqués de la maladie.

Mackenzie, à l'appui, établit des tables montrant la relation de la marche de l'affection de la gorge avec celle de la lèpre elle-même.

A Séville, il put voir 29 hommes et 10 femmes, sur lesquels 9 hommes et 2 femmes avaient des symptômes bien marqués du côté de la gorge.

A Madère, huit malades; à Molde, une femme porteur d'une large ulcération sur le palais; la luette était rongée complètement et le pourtour de l'orifice supérieur du larynx était épaissi.

Il note que l'hypertrophie ou l'ulcération de l'épiglotte existe presque toujours avec l'épaississement des cartilages aryénoïdes.

La gorge n'est pas toujours attaquée dans la forme maculeuse

ou anesthésique; mais dans presque tous les cas de lèpre tuberculeuse, la gorge est atteinte tôt ou tard.

Il est partisan de la contagion qui a été marquée par la longeur extraordinaire dans beaucoup de cas de la période d'incubation.

R. L.

Des vibrations des cordes vocales dans les paralysies des divers muscles du larynx, par SIMANOWSKI (Saint-Petersbourg), (*Pflüger's Arch.* Bd 42, in *Journ. of laryng.*, n° 4, 1888.)

Première expérience. Destruction du muscle crico-thyroïdien droit. Les cordes vocales droites et le ventricule droit de Morgagni pourraient être vus mieux que les gauches. Pendant le chant, la corde droite était plus basse que la gauche. Le chien donnait trois notes du registre bas. Quelquefois le straboscope montrait des vibrations tantôt alternatives, tantôt synchrones des cordes vocales; pendant une phonation plus élevée, vibrations synchrones seulement.

Deuxième expérience. Résection d'une portion du nerf laryngé supérieur (sept centimètres de long). La corde vocale droite semblait, pendant la respiration, plus large que la gauche. Au straboscope vibrations synchrones pendant des notes hautes, alternant avec des notes basses. Dans les notes hautes, la corde vocale droite semblait plus longue que la gauche. Le chien produisait sept notes différentes, si, do, ré, mi, fa dièze.

Troisième expérience. Après destruction des deux nerfs ou des deux muscles la note produite était une octave et demie plus basse que précédemment. Les cordes vocales offraient l'aspect de voiles mal tendus. Au straboscope, vibrations synchrones.

Dans un cas de paralysie de la corde vocale droite chez l'homme, le stroboscope montra que, pendant des notes basses, la corde non paralysée exécutait des vibrations régulières, la corde paralysée restait immobile. Dans la production des notes plus hautes, il se fait des vibrations synchrones des deux cordes vocales.

R. L.

Des tumeurs verruqueuses de la muqueuse des organes respiratoires, par HOPMAN. (Congrès de méd. de Cologne, 20 janv. 1888, in *Journ. of laryng.*, n° 4, 1888.)

Ces tumeurs diffèrent des fibromes par leur aspect en chou-fleur, elles sont ou dures ou molles. Toutes sont bénignes; elles existent surtout sur ces parties de la muqueuse exposées aux

lésions mécaniques, telles que les aryténoïdes, l'épiglotte et les cordes vocales. Le plus grand nombre des tumeurs du larynx sont des papillomes. Hopman n'a jamais vu les papillomes transformés en tumeur maligne. R. L.

Cas de fracture du larynx, par A. R. ATHERTON (Toronto). (*Canad. practit.*, 1887, in *Journ. of Laryng and Rhin*, n° 5, 1888.)

La blessure résultait d'un traumatisme. Instantanément la respiration devint difficile, la face, le cou, la poitrine gonflèrent énormément. L'extension descendante de l'emphysème fut arrêtée par la ceinture du pantalon. La blessure à la surface a près d'un demi-pouce de longueur. On fit la trachéotomie, suivie de guérison. R. L.

Tuberculose du pharynx et du larynx, nouvelles méthodes de traitement, par SREBRNY. (*Gaz. Lekarska*, n° 9, 1888, in *Journ. of Laryng and Rhin*, n° 5, 1888.)

Toutes les méthodes pour le traitement des infiltrations et des ulcérations tuberculeuses sont bonnes et donnent des résultats positifs; la guérison des ulcérations tuberculeuses du larynx est un fait incontestable. Poursuivant l'idée de Reichert, l'auteur est d'avis que pour guérir également la phthisie pulmonaire, il faut essayer d'atteindre les poumons avec des liquides parasitocides; l'idée originale est modifiée par ceci, qu'avant le début du traitement il faut faire la trachéotomie, introduire par la canule l'extrémité du pulvérisateur, et non par la plaie, ainsi que le faisait Reichert. Les premières tentatives avec cette méthode pourraient se faire sur des trachéotomisés pour sténose du larynx. R. L.

La cause du shock suivant l'extirpation du larynx, par STGERK (Vienne). (*Wien. med. Woch*, n° 12, 1888, in *Journ. of Laryng and Rhin*, n° 5, 1888.)

Après extirpation du larynx, la mort survient par paralysie du cœur. L'auteur dit qu'elle est causée par destruction du rameau cardiaque du pneumogastrique qui est quelquefois emprisonné dans la muqueuse de la paroi postérieure du larynx. Donc, toutefois que cela est possible, préserver la muqueuse. R. L.

Contribution à l'étude des formes précoces de la syphilis du larynx, par POLLAK (Prague). (*Monatschrift für Dermat.*, 1888, in *Journ. of Laryng and Rhin*, n° 5, 1888.)

1) Dans sept cas, taches syphilitiques; elles sont vues rare-

ment, car elles ne causent pas de symptômes et ne sont vues qu'en examinant symptomatiquement le larynx de tous les syphilitiques.

2) Dans dix cas, papules du larynx.

3) Catarrhe syphilitique. Il est assez difficile de distinguer simplement avec le laryngoscope les catarrhes ordinaires et les spécifiques. Ces derniers sont, le plus souvent, plus circonscrits et plus rarement combinés avec les ulcérations et les érosions. Le diagnostic est confirmé rapidement par le prompt effet du traitement antispécifique. 11 0/0 de tous les malades syphilitiques examinés avaient eu une affection du larynx. R. L.

Tuberculose primitive du larynx, par M^r. DONAGH. (*Canad. practit.*, 1887, in *Journ. of Laryng and Rhin*, n° 5, 1888.)

L'auteur regarde la tuberculose du larynx au point de vue du diagnostic de ses relations avec la phthisie pulmonaire. Il note deux faits de tuberculose primitive du larynx. Dans le premier cas cité, une altération étendue du larynx existait avant tout symptôme pulmonaire. Dans le second, la mort survint par mal de Bright. Le larynx, à l'autopsie, montra des signes de tuberculose et, au microscope, la présence de bacilles tuberculeux. Les poumons étaient libres de toute phthisie. Pendant la vie, il y avait eu légère aphonie. R. L.

Laryngite rhumatismale, par E. FLETCHER INGALS (Chicago). (*Internat. Journ. of the med. sc.*, janv. 1888, in *Journ. of Laryng and Rhin*, n° 5, 1888.)

L'affection est douloureuse, accompagnée par plus ou moins d'enrouement ou de fatigue des parties après avoir parlé et quelquefois par une obstruction grave et même fatale de la glotte. Elle peut être aiguë ou chronique.

F... a pu trouver deux passages où la variété aiguë est traitée, mais la chronique semble jusqu'ici avoir été tout à fait méconnue; elle frappe ordinairement une personne de nature rhumatisante, mais souvent le larynx ou les tissus vers l'os hyoïde présentent seuls le signe de l'affection constitutionnelle. La douleur n'est pas constante, mais peut fréquemment disparaître pendant quelques jours, surtout quand il fait beau, pour réparaître de nouveau après un léger refroidissement ou quelques changements de température.

La marche est discontinue, mais presque toujours tenace. La douleur peut être pendant la parole ou pendant la déglutition et

peut siéger dans tout endroit de la gorge. Il peut exister de l'enrouement, de l'aphonie.

L'aspect, au laryngoscope, n'est pas caractéristique; le gonflement ou la congestion peuvent manquer à l'intérieur du larynx.

L'affection peut très facilement être confondue avec la névralgie ou la paresthésie de l'organe. L'histoire de la maladie peut servir pour son diagnostic et aussi pour son traitement qui devra être à la fois interne pour lutter contre la diathèse; c'est le plus sûr; local, au moyen des excitants, des pulvérisations astringentes ou du galvano-cautère.

R. L.

Enlèvement d'une coquille de noix implantée dans le larynx
par GEORGE W. MAYOR (Montréal). (*Canad. med. and surg.*, janv. 1887, in *Journ. of Laryng and Rhin*, n° 5, 1888.)

On se servit d'une sonde courbée à un angle convenable et introduite en dessous du point bouché; l'objet était enclavé en arrière entre les cordes vocales. L'enfant avait 11 mois. R. L.

Enlèvement d'une épingle longue de trois centimètres de la bronche secondaire droite. Guérison, par PIENIONZEK. (*Przeglad Krakowski*, 1887, n° 47, 48, in *Journ. of Laryng and Rhin*. 1888.)

Enfant de 14 ans; s'amusa à souffler hors d'un tube de papier une flèche faite d'une cartouche à travers laquelle il avait passé une épingle ordinaire. Pour rendre solide l'intérieur de la cartouche, où était la tête de l'épingle, il l'avait remplie de papier. Par mégarde, au lieu de souffler, il avala la flèche; la sentant dans sa gorge, il tenta de la retirer avec ses doigts, mais en la touchant elle disparut. Quatre jours après l'accident, le malade consulte l'auteur en se plaignant d'une vive douleur continue dans le dos, au niveau du quatrième cartilage costal droit; P... constata que la bronche droite était bouchée. Le larynx et la trachée, visibles aussi loin que sa bifurcation, offraient une apparence normale. Dans cet état, on proposa la trachéotomie et l'enlèvement de la flèche par l'ouverture de la blessure. Le lendemain, on s'aperçut que l'objet était descendu plus bas dans la bronche et que l'inflammation commençait à s'établir dans le lobe inférieur droit. Aussitôt on fit la trachéotomie; une paire de pinces très flexibles (pince de l'invention de l'auteur pour les polypes du larynx) entrée par la blessure se recourba suivant la direction de la bronche, et après plusieurs efforts put saisir le corps étranger par son extrémité pointue. Pour le prendre, il

fallut introduire la pince à 20 centimètres de profondeur, à partir de l'ouverture faite pour la trachéotomie. Le malade ne resta couché que six jours, puis le poumon guérit et la blessure se cicatrisa par première intention.

Revue de la littérature des corps étrangers des bronches, des méthodes, des tentatives plus ou moins heureuses pour leur extraction.

P... lui-même a souvent extrait des fausses membranes des bronches secondaires d'enfants trachéotomisés. Pour examiner la trachée par l'ouverture trachéale, il employa la canule de Zaufal, longue de 6 à 8 centimètres.

R. L.

Sarcome à cellules rondes du larynx, par L. JURIST. (*Med. News*, 22 oct. 1887, in *Journ. of Laryng and Rhin*, n° 5, 1888.)

Malade de 65 ans, souffre depuis deux ans temporairement de douleurs de gorge, pas de souffrances vives, mais il se plaignait de ce que pendant les cinq ou six dernières semaines les aliments se trompaient de route. Il avait également maigri. Antécédents de famille excellents. Pas d'hypertrophie ganglionnaire. Dyspnée. Une tumeur unie, globulaire, non ulcérée, de teinte gris sombre et du volume d'un marron, fut vue au laryngoscope naître du repli ventriculaire gauche. Le malade refusa la trachéotomie, mais le lendemain matin fut pris de grandes difficultés en respirant, tomba sans connaissance en suffoquant et ne put être rappelé à la vie par la trachéotomie. Le diagnostic de la nature de la tumeur fut faite au microscope. Je pense que dans de tels cas la laryngotomie est très indiquée.

R. L.

Traitement des abcès intralaryngés par nécrose du cartilage, par J. SOLIS COHEN. (*Med. News*, 24 déc. 1887, in *Journ. of Laryng and Rhin*, n° 5.)

Fendre le larynx sur la partie médiane, enlever les parties mortifiées et gratter complètement jusqu'à ce que l'on arrive aux tissus sains. Il faut drainer pour le cas où la suppuration continuerait et employer l'asepsie. La trachéotomie préalable peut être indiquée jusqu'à ce que la marche de la maladie se soit arrêtée ou pour assurer le repos des fonctions de l'organe. Cette conduite vaut mieux que l'attente de l'élimination des parties cariées, ou que les tentatives par voie intra-laryngée; beaucoup de malades ainsi traités peuvent être sauvés qui périssent parce

que la trachéotomie est retardée jusqu'à ce qu'elle soit urgente, et le malade meurt de septicémie par absorption purulente. R. L.

Observations de sept cas de cancer du larynx, par DAVID NEWMAN. (*Glasgow med. Journ.*, février 1888.)

Dans ce travail, l'auteur veut attirer l'attention sur plusieurs points :

1° L'évolution et les symptômes différents des cancers laryngiens extrinsèques et intrinsèques ;

2° La possibilité d'auto-inoculations intra-laryngiennes par contact ;

3° L'étude du pronostic et du traitement.

1° L'évidence symptomatique d'une tumeur laryngienne dépend plus de son siège que de son étendue.

Il est des tumeurs qui peuvent rester à l'état latent.

Suit l'exposé des principaux caractères des deux variétés de cancers laryngiens.

Dans le cancer intrinsèque, c'est surtout la perte de la voix, la gêne respiratoire et la toux qui dominent.

Si ces symptômes présentent des périodes d'acuité, il faut en chercher la cause dans des inflammations passagères de voisinage.

Dans cette variété de cancer, les ganglions sont indemnes ou ne se prennent qu'aux dernières périodes.

C'est la dysphagie qui annonce le cancer extrinsèque, et encore n'apparaît-elle quelquefois qu'à une période avancée.

Les ganglions sont généralement vite et fortement dégénérés, formant de volumineux colliers au devant du cou dans les périodes terminales.

L'examen laryngoscopique est nécessaire et indispensable, lui seul sert de critérium au diagnostic du siège et de l'étendue, et quelquefois même de la nature de la tumeur, quoique pour cette dernière l'examen microscopique d'un fragment soit seul probant.

2° La preuve de l'inoculation intra-laryngienne a déjà été faite dans le cours de l'année 1885-1886 et dans le sein de cette assemblée.

Le pronostic est tel que si la tumeur est maligne et non opérée, la mort est fatale.

La marche dépend :

1° Du siège primitif de la tumeur ;

2^e De sa structure histologique, et à ce dernier point de vue, c'est le carcinome mou extrinsèque qui lèse le plus rapidement, puis viennent le carcinome et le sarcome intrinsèques.

Pour déterminer la marche et le pronostic, il faut tenir compte des caractères propres du néoplasme.

Le cancer extrinsèque est incurable, à extension et à engorgement ganglionnaires rapides.

La mort arrive par suffocation, hémorrhagie, collapsus, perforation de l'œsophage, abcès, pyémie, maladie pulmonaire, cachexie.

La trachéotomie prolonge la vie et amoindrit momentanément les souffrances; une opération chirurgicale plus héroïque n'a dans le cancer extrinsèque que peu ou pas de succès.

Le pronostic est moins défavorable dans le cancer intrinsèque, surtout si la tumeur est petite, s'il n'y a pas tendance à l'envahissement et à l'extension. Il est alors possible de sauver le malade d'une mort certaine.

Mais si l'extension se faisant au-dessus du larynx, les ganglions s'engorgent, c'est alors une véritable tumeur extrinsèque, sans moyens de guérison.

Il ne faut songer à une laryngectomie totale ou partielle que si le cancer est intrinsèque; il faut alors opérer dès que le diagnostic est établi.

Où est l'intérêt du mémoire du Dr David Newman, c'est dans sa conception nouvelle du cancer.

Il est fermement persuadé que le cancer n'est primitivement qu'une affection locale devenant générale par l'envahissement des lymphatiques. La guérison devient, dans cette nouvelle conception, un fait possible si l'on intervient hâtivement.

Le cancer opéré dès le début guérit. Et partant de sa conception nouvelle, le Dr Newman montre le tort que l'on fait au malade en se basant sur ce que le cancer est une affection générale.

Pourquoi me faire opérer, dit le malade, puisque je suis voué à la mort, puisque ma maladie est incurable. Et attendant, jusqu'au dernier moment, il vient demander la guérison et la vie lorsque toute intervention est non seulement impossible, mais nuisible.

La faute n'en est pas toujours au malade; le médecin diffère souvent l'opération pour satisfaire aux exigences d'un entourage irrésolu et que le mot seul d'opération effraye.

Mais il est des cas où on ne peut opérer de bonne heure, le cancer restant sans la moindre manifestation jusqu'à une période avancée.

L'idée d'une maladie locale étant admise, il est tout indiqué de faire une laryngectomie précoce.

Cette opération n'est encore qu'à ses premiers essais. Et l'on est encore à discuter s'il faut faire la trachéotomie ou la laryngectomie et, celle-ci décidée, s'il faut la faire totale ou partielle.

L'expérience du médecin est jusqu'à présent seul guide dans l'intervention.

Cependant, d'une façon générale, la trachéotomie est de mode dans les cancers extrinsèques et l'ouverture du larynx faite le plus bas possible, pour que la tumeur ne déplace pas la canule et pour prolonger la vie du malade.

Si le cancer est intrinsèque, faire la laryngectomie ou l'extirpation totale.

La laryngectomie partielle a été indiquée et faite dans le cours de ces dernières années pour des cancers intra-laryngiens unilatéraux. Elle est moins grave que l'extirpation totale, la récurrence n'est pas plus rapide ou plus fréquente, la voix est conservée sans l'usage de canule trachéale, et la déglutition est préservée.

Le choix des sujets à opérer réduit de beaucoup la mortalité. L'intervention hâtive retarde l'extension, et si l'on perd son temps en décisions, il faut s'attendre à une récurrence plus ou moins tardive, qui, si elle s'effectue dans les ganglions profonds, échappe complètement à l'examen et au traitement. P. G.

Papillome du larynx chez un enfant de 3 ans, par le Dr SAMSON GEMMELL, présenté à la Medico-chirurgical Society. (*Glasgow med. Journ.*, mars 1888.)

Chez un malade âgé de 3 ans : gêne respiratoire, modifications de la voix, laryngite striduleuse.

Examen laryngoscopique : cordes vocales frangées avec petites grosseurs verruqueuses. Trachéotomie suivie d'une élévation assez forte de température et de mort.

Autopsie. Rien qui puisse expliquer la fièvre : une valve bouchant le larynx a dû amener la suffocation.

M. Macintyre dit, à propos de cette communication, avoir vu souvent des malades cracher des morceaux de papillome. P. G.

Extraction de tumeurs sous-glottiques, par JARVIS.*(Glasgow med. Journ., juin 1888.)*

Jarvis raconte l'extraction de ces tumeurs à l'aide de pinces plus effilées que celles de Morell Mackenzie et dans les anneaux desquelles étaient des fils qui, placés sous la tumeur, l'enlevèrent facilement.

P. G.

Trachéotomie dans la phthisie laryngée, par PERCY KIDD.*(Glasgow med. Journ., juin 1888.)*

Variétés des opinions sur cette question. Morell Mackenzie, Solis, Cohen pensent qu'il ne faut intervenir qu'au dernier moment.

Serkowski, Ripley et Beverley Robinson font la trachéotomie le plus tôt possible.

La première opinion rallie les chirurgiens anglais, la seconde les Américains.

Le Dr M. Schmidt a repris la question dans le *Deutsche med. Wochenschrift* du 9 décembre 1886. Il soutient l'intervention hâtive; pour lui, elle prolonge la vie; la respiration devenant moins gênée, l'hématose se fait mieux et la diminution de la dysphagie permet l'alimentation.

Les indications de la trachéotomie sont :

- 1° Sténose se montrant dès le début;
- 2° Affection laryngienne grave sans lésion pulmonaire accentuée et même sans sténose;
- 3° Marche rapide sans dyspnée;
- 4° Dysphagie intense.

Le Dr Kidd, sur une statistique de 4,000 malades en 5 ans, a pratiqué seulement 4 fois la trachéotomie sans survie de plus de 8 mois. Ses conclusions diffèrent de celles de Percy. Ne pas opérer, à moins d'une sténose bien évidente, car :

1° Le processus peut rester à l'état chronique et même subir du répit si le malade est dans de bonnes conditions hygiéniques;

2° On ne voit pas souvent une laryngite à marche active s'accompagner de lésions intestinales et pulmonaires à extension rapide et l'amélioration du larynx ne peut améliorer le reste.

La trachéotomie ne diminue pas la dysphagie, qui est diminuée par des badigeonnages de cocaïne.

P. G.

Hématome traumatique du larynx, consécutif à un coup sur la gorge. — Aphonie. — Douleurs laryngées, par MAXWELL ROSS. (*Édinb. med. Journ.*, mai 1888).

L'examen montre une tumeur rougeâtre couvrant les cartilages aryténoïdes et s'étendant surtout à droite, sous la bande ventriculaire. L'auteur cite ce cas pour la rareté de sa production après les traumatismes.

P. G.

Déviation de la cloison des fosses nasales, par BRYSON DELAVAN, (*Édinb. med. Journ.*, mai 1888).

Le docteur Bryson Delavan a étudié les conditions de ces déviations chez les Américains et les Européens. Il est arrivé aux résultats suivants :

1° Chez les Européens on rencontre ces déviations dans la proportion de 50 0/0 ;

2° Parmi les différentes nations de l'Europe, les Slaves et les Hébreux fournissent la plus grande quantité de déviations ;

3° D'après les recherches de l'auteur, les crânes romains présentent presque tous des déviations de la cloison ; chez les Romains le nez était aquilin, de même que chez les Slaves et les Hébreux. Mais les Indiens de l'Amérique, quoique possédant le type aquilin, ne présentent presque jamais de déviation de la cloison.

P. G.

Empyème du sinus maxillaire supérieur ne présentant que des symptômes du côté du nez, par P. M. BRIDE. (*Edinburgh med. Journ.*, février 1888.)

— Les chirurgiens et les spécialistes ont toujours pensé que la suppuration de la muqueuse du sinus s'accompagnait de douleur, de gonflement et de dilatation des cavités osseuses.

L'auteur attire l'attention sur l'écoulement purulent dont se plaignent les malades ; ceux-ci perçoivent cet écoulement, soit par une saveur spéciale, soit par l'odeur. Mais ce pus n'est pas toujours fétide.

Il se peut que l'écoulement n'ait lieu que par une narine, et les positions différentes de la tête peuvent modifier la sortie du pus. Les malades peuvent accuser de la névralgie faciale ou de la douleur au niveau de l'os malaire, mais ceci rarement.

Fränkel a attaché une grande importance à la douleur frontale que l'on rencontre dans certains cas ; elle n'a qu'une faible importance et n'indique qu'un catarrhe concomitant du sinus frontal.

Les dentistes les premiers ont vu l'empyème.

- Moldenhauer attribua l'écoulement purulent à une carie.
- Ziem pensa à une suppuration de l'intérieur du sinus.
- Fränkel est le premier qui en fit une étude vraiment utile et scientifique.

Il montra que le pus sortait du hiatus semi-lunaire et qu'il apparaissait dans le méat moyen; qu'il venait quelquefois du sinus frontal et que si l'écoulement avait pour origine le sinus maxillaire, il suffisait de faire baisser la tête du malade pour que l'écoulement disparût.

L'écoulement peut se faire goutte à goutte ou périodiquement, être fétide ou de saveur sucrée. Son abondance varie, il recouvre quelquefois la partie postérieure du palais et du cornet inférieur. A l'examen au spéculum, on voit la muqueuse du cornet inférieur hypertrophiée. L'application de cocaïne facilite l'examen.

Le diagnostic de l'empyème se fait par exclusion.

Et d'abord, pour reconnaître le siège de la lésion, on peut dès le début éliminer le sinus frontal en faisant baisser la tête, comme le conseille Fraenkel.

L'examen rhinoscopique aide à rejeter toutes les autres causes qui peuvent produire un écoulement unilatéral; tels sont: les corps étrangers, les ulcérations, l'inflammation de la bourse pharyngienne, l'ozène, la carie, etc.

Le Dr Cotterill a attiré l'attention de l'auteur sur une vive rougeur de la gencive correspondant aux sinus malade.

Quelle est la cause de cet empyème? Le plus souvent il est consécutif à une carie dentaire. L'auteur l'a vu suivre un catarrhe nasal-prolongé ou l'usage d'injections nasales.

A l'appui de cette étude générale, le Dr Eride cite deux cas de sa clientèle.

Le traitement consiste à profiter des ouvertures naturelles pour faire des irrigations; si une contre-ouverture devient nécessaire, mieux vaut arracher une dent ou perforer la paroi externe des fosses nasales près de la base que de perforer directement le sinus comme le conseille Stærk. Si le drainage est utile, on l'établit, et on fait alors des irrigations avec l'acide borique, avec des solutions d'iode et de chlorure de zinc, accompagnées d'insufflations de poudres antiseptiques. P. G.

Remarques cliniques sur les maladies du nez et du pharynx, par WALB (Bonn). (Bonn, 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1888).

I. — 25 cas d'ouverture de l'antre d'Higmore: dans tous, l'em-

pyème ne fut pas causé par contiguïté dans une suppuration nasale, mais par des caries dentaires. En ouvrant l'alvéole de la dent cariée après une ablation le pus sortit, et la cavité fut nettoyée avec une solution salée.

II. — Inflammation des glandes du pharynx; 40 observations guéries, soit par le galvano-cautère, le plus grand nombre par le nitrate d'argent.

III. — Ozène : pour l'auteur dû à un micro-organisme dont l'atrophie n'est pas la cause.

R. L.

Nouveau procédé pour l'ablation des polypes rétro-nasaux, par KÖNIG (Göttingue). (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, d'après *Centralblatt f. Chirurg.*, 1888, n° 10.)

Le dos du nez est coupé d'un côté avec des ciseaux. On peut faire indifféremment l'opération à droite ou à gauche. Le plus souvent il est inutile d'agir sur les portions osseuses. Pour l'ablation des néoplasmes, employer de larges curettes tranchantes introduites sous le nez pour sectionner le polype. Puis on suture la plaie du nez. L'auteur emploie également la curette pour enlever les polypes ordinaires du nez.

R. L.

Polypes muqueux, par JOHNSTON, WYATT G. (Montréal). (*Proceed. Montreal medico-chirurg.*, 1 mars 1888, in *Journ. of laryng. and Rhin.*, n° 5.)

L'auteur a vu dans 8 ou 9 cas, dont on lui avait demandé l'examen histologique, les conditions d'un début très peu avancé, et il a trouvé absolument un adénome des glandes muqueuses du nez. Plus tard, dans l'épithélium, il y a disparition plus ou moins complète des contours des cellules, et il ne reste qu'un tissu aérotaire infiltré de mucus.

La transformation ultérieure explique probablement la raison pourquoi ces tumeurs sont ordinairement, mais à tort, dites myxomes du nez et confondus avec les vrais myxomes, qui sont des tumeurs d'une nature tout opposée, naissant du tissu conjonctif.

R. L.

Un cas de polype naso-pharyngien. Opération de Lawrence : récidive. Deuxième opération : guérison, par C. STORCAM. (*Lancet*, 7 janvier, in *Journ. of Laryng and Rhin*, n° 6, 1888.)

Garçon de 16 ans, symptômes ordinaires de ces tumeurs. Tumeur semblant du volume d'un œuf de poule; large incision à l'apophyse basilaire et à la narine gauche, étendue en arrière

jusqu'à la colonne vertébrale. Laryngo-trachéotomie pulmonaire, canule à tampon de Trendelenburg. Récidive en 6 mois; même opération; tumeur complètement enlevée en un seul morceau. Pas de récidive en trois ans

R. L.

Ecchondroses de la cloison nasale et leur ablation, par SEILER (Philadelphie). (*New York med. Record*, in *Journ. of Laryng and Rhin*, n° 6, 1888).

Les simples excroissances cartilagineuses sont dues primitivement à l'excitation locale de la muqueuse de la cloison, et secondairement du périchondre; les ecchondroses s'unissent souvent aux cornets opposés et forment une sorte de pont dans la narine. Pour opérer, Seiler préfère le couteau et la gouge. Il traite l'hyperémie coexistante, anesthésie la narine par la cocaïne, porte un couteau à deux tranchants à dos courbé de bas en haut au milieu de la tumeur, puis de bas en haut jusqu'à rencontre des sections. Le maillet et le ciseau servent à sectionner une partie centrale dure. Quand l'ecchondrose est en lame, avec une face supérieure tombante, séparée du plancher par un étroit espace, il admet que l'ossification s'est faite, et alors, dilatant largement la narine, on passe la pointe mousse d'un bistouri courbe dans une sonde cannelée placée entre le plancher de la narine et l'ecchondrose. Arrivé sur le centre osseux, quelques coups de maillet le détruisent. La cocaïne rend l'opération indolore, hémorrhagie ordinairement légère. Guérison en dix jours environ.

R. L.

Hypertrophie aiguë du corps thyroïde chez un enfant, par T. BARLOW. (*Lond. clin. Soc.*, 9 déc. 1887, in *Journ. of Laryng and Rhin*, n° 4, 1888.)

Enfant de 3 ans, guérissait à peine d'une légère attaque de rhumatisme noueux quand on le sortit. Le lendemain, il fut pris de rhume avec douleur dans le cou et légère augmentation de volume de la glande thyroïde, surtout du lobe gauche, qui en s'accroissant amena beaucoup de douleur et de dysphagie avec fièvre (103° F.); cela dura environ une quinzaine avec un maximum de quatre jours de durée. L'application d'une sangsue au centre du gonflement amena beaucoup de soulagement.

Vu la succession à un érythème noueux, l'auteur croit à une origine rhumatismale, malgré l'absence de tout autre phénomène et sa gravité plus grande que celle des cas nettement rhumatismaux où la période aiguë ne dépassa pas quarante-huit

heures ; il rangerait plutôt le fait actuel dans le groupe névropathique de Lucke et appuie sur l'association avec un catarrhe nasal léger et l'exposition au froid d'un enfant anémié. R. L.

Un nouveau moyen de diagnostic pour la maladie de Graves, par R. NORRIS WOLFENDEN (London). (*Practitioner*, 1887, in *Journ. of Laryng and Rhin*, n° 5, 1888.)

Description de la méthode pour estimer la résistance du corps humain au passage d'un courant électrique ; l'auteur montre comment la résistance normale de la peau est sérieusement diminuée dans le goitre exophthalmique, et cite vingt cas à l'appui ; il fait voir que, dans les formes du début de l'affection, la résistance cutanée est diminuée jusqu'au tiers de son total normal, et dans les cas bien développés arrive aussi bas que 300 ohms. Pour montrer la valeur de cette observation pour le diagnostic de la maladie de Graves, l'auteur a fait un certain nombre d'observations qu'il cite sur la résistance électrique au cours d'autres désordres nerveux ; pendant que dans l'épilepsie et à un moindre degré dans l'hémiplégie, la résistance est diminuée, elle ne l'est pas si constamment dans ces maladies et dans d'autres qu'au cours de la maladie de Graves. La résistance cutanée, dit l'auteur, est intacte dans le goitre ordinaire, d'où grande valeur de la méthode pour déterminer la valeur des cas douteux, puisque le traitement de ces deux maladies diffère tant. Quand le traitement commence à produire de l'amélioration, la résistance cutanée dépasse le degré normal. R. L.

Corps étranger de l'œsophage. — Œsophagotomie externe. —

Guérison, par H. STRØM (Christiana). (*Norsk Magazin for Læger*, déc. 1887, in *Journ. of Laryng and Rhin*, n° 5, 1888.)

Un homme aliéné, de 28 ans, avale pour se suicider une pierre de 50 grammes et de 5 1/2 centimètres de long, 27 de large et 28 d'épaisseur. Par l'œsophagotomie externe, faite 23 heures après l'accident, on enlève la pierre avec quelque difficulté, vu son diamètre et sa position profonde au niveau de la deuxième côte gauche. Pendant les deux premiers jours, le malade fut nourri avec des lavements ; le troisième jour il pouvait prendre des aliments liquides, et était guéri quinze jours après. La plaie de l'œsophage fut réunie au catgut. R. L.

Un cas de mycosis lepthotricia du pharynx, par OLTYSZEWSKI.

(*Gazeta Lekarska*, n° 4, 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1888.)

Chez un malade de 16 ans, l'affection parut soudainement sur les amygdales, les arcades palatines et la langue avec fièvre intense. L'auteur a suivi le malade pendant 6 mois. Il enleva les excroissances avec une pince, donna sans succès le gargarisme au sublimé au 1/2000^e: de nouvelles colonnes de leptothrise apparaissaient toujours. Suit un diagnostic différentiel de l'affection.

R. L.

Pharyngite aiguë avec desquamation générale de l'épiderme, par PETUJSKI. (*Gazeta Lekarska*, n° 3, 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1888.)

Ce cas est assez ancien. Un homme bien portant, de 35 ans, avait été sujet pendant plusieurs années, au printemps et à l'automne, à de l'adénopathie sous-maxillaire suivie de desquamation en plaques de l'épiderme sur toute la surface du corps, aussi étendue que dans la scarlatine. Cet état durait quatre jours.

R. L.

Recherches sur le bacille Klebs-Löffler de la diphthérie et son pouvoir pathogénétique, par HOFFMANN-WELLENHOF. (*Wiener med. Woche-s.*, 1888, n° 3, 4, in *Journ. of Laryng.*, n° 5, 1888.)

Hoffmann-Willenhof a pu, dans 8 cas de diphthérie, cultiver le bacille de Löffler; six cultures ont pu reproduire une affection diphthéroïde chez l'animal. La virulence des cultures a disparu en six semaines.

R. L.

Influence de la glande thyroïde sur la nutrition du cerveau, par RUDINGER. (Congrès médical de Munich, 11 janvier 1888, in *Journ. of Laryng.*, n° 4, 1888.)

Les conséquences de l'extirpation, myxœdème, sclérodémie, diminution de l'intelligence, crétinisme, prouvent cette grande influence de la glande. Sous des influences nerveuses, la circonférence de la glande peut différer beaucoup; elle peut retenir une grande quantité de sang et ôte ainsi un réservoir réglant l'apport sanguin du cerveau, par la dilatation de ses quatre grosses artères.

Grashey rapporte que Maas, chirurgien de grande expérience, n'a jamais observé de myxœdème; de plus, si on laisse de petites portions de la glande, personne n'a vu de cachexie strumipria, et elle n'est pas non plus observée dans les dégénéres-

cences pathologiques de la glande. Il est très possible que la cachexie soit la conséquence de la destruction du système lymphatique de la glande.

Rudinger. L'influence régulatrice n'est pas purement mécanique, mais est affectée par les nerfs vaso-moteurs et vasodilatateurs de la glande. Les vaisseaux lymphatiques les plus considérables du cerveau ne dépassent pas la glande thyroïde, et à ce point de vue son extirpation ne peut pas avoir une grande influence.

Angerer. L'influence vaso-motrice ne peut causer la cachexie, puisque la ligature des vaisseaux de la glande, telle que la fait Wolfler, n'est pas suivie de cachexie; l'extirpation seule produit cet effet. La glande est un organe rudimentaire. Il se peut seulement que la cachexie soit causée par ces troubles de sécrétion. L'organe n'est pas équivalent à la rate.

Bollinger. — La cachexie ne se produit pas aisément; la ligature de la carotide est rapidement compensée par la circulation collatérale; le myxœdème existe également chez les personnes dont la glande thyroïde est normale.

Ziemssen rapporte un cas de dégénérescence sarcomateuse de la glande sans cachexie.

Winckel remarque que la glande est souvent augmentée de volume pendant la grossesse.

R. L.

Du mycosis leptothrica pharyngis (avec pièces), par DECKER et SEIFERT. (Soc. médico-physique de Wurzburg, séance du 7 janvier 1888, in *Journ. of Laryng.*, n° 4, 1888.)

Decker lit un rapport sur 34 cas publiés. Des excroissances blanchâtres se voient sur l'amygdale et les glandes de la langue; elles ne causent pas d'inflammation intense et sont très résistantes au traitement. Le galvano-cautère est le meilleur agent de guérison. Au microscope, on voit que les excroissances consistent en débris épithéliaux et leptothrix.

Seifert montre deux malades atteints de cette maladie et guéris par le galvano-cautère.

R. L.

Recherches sur la glande thyroïde, par MUNK. (Compte rendu de l'Académie des sciences de Berlin 1887, in *Journ. of Laryng.*, n° 4, 1888.)

Des expériences sur les animaux (chiens et singes) montrent que ni l'extirpation de la glande, ni la destruction de ces tissus par la ligature de tous les nerfs et vaisseaux n'y produit des

troubles. Il faut donc admettre que l'existence de la glande n'est nullement indispensable pour l'existence et que le myxœdème n'est qu'une coïncidence malheureuse et non la conséquence fatale de l'extirpation.

R. L.

 NOUVELLES.

La session de la Société française d'otologie et de laryngologie a eu lieu du 10 au 11 mai. Dans le numéro prochain, nous publierons le compte rendu de ces deux séances.

 ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE

STATUTS.

Article premier. — Il est établi à Paris, sous le bénéfice de la loi de 1884, un syndicat professionnel sous la dénomination de *Association de la Presse médicale*.

Art. 2. — Cette Association a pour but et pour objet l'étude et la sauvegarde des intérêts de la Presse médicale.

Art. 3. — Elle comprend des membres fondateurs et des membres titulaires, jouissant exactement les uns et les autres des mêmes droits.

Art. 4. — Sont membres fondateurs les signataires des présents statuts.

Art. 5. — Pour faire partie de l'Association comme membre titulaire, il faut : 1° être docteur en médecine ; 2° être propriétaire, directeur, rédacteur en chef d'un journal de médecine ou délégué en vertu d'un pouvoir régulier ; 3° être présenté par deux membres de l'Association ; 4° être élu en Assemblée, à la majorité des membres de l'Association, sur les conclusions d'un rapport qui est confié à un membre autre que les deux parrains ; les membres absents peuvent voter par correspondance ou par procuration.

Art. 6. — Chaque journal ne peut avoir qu'un seul représentant au sein de l'Association.

Art. 7. — L'Association est administrée et représentée en toute occasion par trois syndics élus par elle et renouvelables par tiers tous les ans. Le sort désignera les deux sortants pour la première période triennale. Les syndics sortants sont rééligibles.

Art. 8. — L'Association a pour siège social la résidence de l'un des syndics.

Art. 9. — Les membres de l'Association paient une cotisation annuelle de trente francs, réduite à quinze francs pour les membres de province.

Art. 10. — L'Association se réunit trimestriellement le deuxième vendredi de février, mai, août et novembre, et cette réunion est suivie d'un banquet confraternel dont les cotisations servent à couvrir les frais.

tympan imperforé chez une hystérique, par G. GRADENIGO. (Tirage à part des *Arch. f. Ohrenh.*, avril 1889.)

Manuel des maladies de l'oreille, par A. H. BUCK. (Un volume de 450 pages, chez W. Wood and Co, éditeurs, 56 et 58, Lafayette Place, New-York, 1889.)

La dissection anatomique et histologique de l'organe de l'ouïe à l'état normal et à l'état de maladie, par le professeur A. POLITZER. (1 volume avec 164 gravures. — Prix : 10 marks, chez F. Enke, éditeur, Stuttgart, 1889.)

Remarques intéressantes sur 5,400 cas de maladies de l'œil, de l'oreille, de la gorge et du nez, observés dans la clientèle en 1887-88, par W. CHEATHAM. (Extrait de l'*American Pract. and News*, 1889.)

Des appareils de prothèse auriculaire en général et en particulier des tympans artificiels, par V. GRAZZI. (Extrait du *Raccoglitore Medico*, n° 8, 1889.)

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 66.5.89.

ge

me

wa-

nie

po-

uez

eil,

en

nd

ti-

ac-